

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1904 à 1 heure,

PAR

J. LECONTE

Contribution à l'Étude

DE LA

Version par manœuvres internes

**Résultats statistiques recueillis à la Maternité de l'hôpital
St-Antoine du 18 mai 1897 au 12 janvier 1904**

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { M. BERGER, professeur.
 { MM. RICARD, DEMELIN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	}	LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de filiale reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MESSIEURS PIERRET, POIDEVIN,
TRANCHANT, VILLETTE

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAR

Accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale.

Accoucheur des hôpitaux, membre de l'Académie de
Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Version par manœuvres internes

Résultats statistiques
recueillis à la Maternité de l'hôpital St-Antoine
du 18 mai 1897 au 12 janvier 1904

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre travail, qu'il nous soit permis d'accomplir un devoir agréable à remplir, que les premiers maîtres qui nous ont donné le goût de l'étude, MM. Pierret, Poidevin, Tranchant, Villette reçoivent ici le témoignage de notre vive reconnaissance.

Nos maîtres de l'Ecole de médecine de Caen et principalement MM. les professeurs Auvray, Barette, Gidon et Guillet qui nous ont guidé au début de nos études médicales, et prodigué les conseils pendant notre année d'internat ont droit également à tous nos

remerciements. Que M. le docteur Comby, qui nous initia aux difficultés de la clinique infantile et MM. les docteurs Brindeau et Tissier nous permettent de leur adresser le plus reconnaissant souvenir.

Enfin nous devons à M. le docteur Bar, qui a bien voulu nous permettre de suivre pendant un an ses excellentes leçons et qui a bien voulu nous guider dans la rédaction de ce travail, un témoignage public de notre reconnaissance. Son admirable enseignement, ses sages conseils, présentés parfois sous une forme humoristique, nous laisseront un ineffaçable souvenir.

Enfin il serait injuste de ne pas remercier ici M. Cathala, interne des hôpitaux, qui également nous donna de précieux conseils et Mesdames les sages-femmes du service qui voulurent bien nous aider à recueillir les documents nécessaires à notre thèse.

Que M. le professeur Budin, qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien accepter l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'étude du sujet qui nous intéresse nous croyons devoir retracer à grands traits quelques phases de l'histoire de cette opération, la plus antique de l'obstétrique : la version par manœuvres internes.

Dès Hippocrate et Celse la version est le procédé de choix employé pour résoudre les difficultés d'extraction du fœtus mort. Peu après, Soranus et Cœlius qui les premiers osent intervenir sur enfant vivant font la version ou bien l'embryotomie, c'est-à-dire obtiennent le fœtus par morcellement après application de crochets dans les cas où la version paraît devoir échouer.

Longtemps l'obstétrique ne connut que ces deux seuls procédés. Méprisée des médecins, qui l'abandonnaient à l'habileté des matrones et des sages-femmes, aussi orgueilleuses de leur art qu'ignorantes, elle dut attendre que Rœsslin, chirurgien à Worms en 1513, et Rueff (chirurgien à Zurich, 1554), rompant avec la routine, en fissent une ébauche de science véritable par quelques notions anatomiques de la parturiente.

Ce fut Ambroise Paré (1510-1590), le vrai rénovateur de « l'obstétricie », qui remit la version podalique en honneur : il en précisa les règles et les indications. Y avait-il impossibilité de terminer l'accouchement par la version, une seule ressource restait : l'embryotomie. C'est le seul procédé qu'emploient et recommandent Paré et son élève Guillemeau.

Certes, dès maintenant, des tentatives nouvelles sont faites pour élargir le champ opératoire obstétrical, et Rousset dans son « Hystérotomotokie » recommande déjà l'opération césarienne, mais ce ne sont là que des essais isolés ; la version podalique perfectionnée et étendue par Mauriceau (1669-1693) aux cas de placenta prævia règne sans conteste jusqu'au XVIII^e siècle avec Guillaume Marquest de la Motte, qui l'emploie même dans les dystocies vulvaires.

Malgré tout, la version ne convenait pas à tous les cas de dystocie, et lorsque Chamberlen en Angleterre eut inventé le forceps, qu'un peu plus tard Levret en France perfectionnait, une véritable révolution s'opérait en obstétrique.

C'est ce que met très bien en lumière de Siebold dans ce passage que nous citons et qui est extrait de *Histoire de l'obstétricie* :

« Le milieu du XVI^e siècle avait vu renaître une méthode d'accouchement ancienne basée sur la version podalique ; le XVII^e se donna la tâche de la perfectionner de plus en plus puisque c'était la seule qui permit d'obtenir un enfant vivant ; rien n'était possible

pour sauvegarder sa vie dans un grand nombre de cas que de le retourner sur les pieds, pour pouvoir en faire l'extraction (deux temps distincts d'une opération qui dans l'esprit des accoucheurs d'alors étaient inséparables). que celle-ci eût été commandée par une présentation anormale qui rendait l'accouchement impossible ou par un accident qui exigeait une prompte délivrance, d'où il résultait que la version podalique pouvait être pratiquée, même dans des présentations céphaliques puisque, pour terminer l'accouchement, dans ces cas, l'accoucheur n'avait eu d'autre moyen que l'emploi du crochet tranchant ou de la perforation du crâne. On concèdera volontiers, que les anciens accoucheurs étaient des maîtres habiles dans l'art de pratiquer la version, que cette opération réussissait entre leurs mains dans les cas les plus désespérés, même quelquefois dans ceux où elle ne nous paraît plus indiquée ; mais on trouve dans leurs écrits un grand nombre de cas où elle ne put être pratiquée, et d'autres aussi, où elle ne pouvait réussir par suite du volume frappant de la tête ou de l'étroitesse du pelvis, ou par suite de l'enclavement de la tête. Quand dans ces cas difficiles, on avait pourtant réussi à faire la version, l'extraction de la tête venant la dernière pouvait être rendue impossible, ou ne se faire que par des efforts à la suite desquels l'enfant succombait, et où il y avait nécessité d'employer les crochets et le perforateur pour en faire l'extraction. Le problème à résoudre dans ces cas était donc celui-ci : trouver un moyen qui permit de faire l'extraction de l'enfant

quand il se présentait par la tête, sans compromettre son existence par la version podalique et l'extraction par les pieds, et sans le sacrifier par la perforation du crâne.

Ce moyen fut découvert dans le courant du *xvii^e* siècle, mais tenu secret par les inventeurs pendant un terme très long; il ne tomba dans le domaine public et ne fut mis à la disposition de tous les accoucheurs que dans le courant du *xviii^e* siècle. Ce nouveau moyen devait transformer l'obstétricie; et c'est avec raison que de lui date pour celle-ci une ère nouvelle (1).

Toutefois l'apparition du forceps ne satisfait pas encore tous les accoucheurs. Aux succès du début succédaient des revers dus en grande partie à l'ignorance des dystocias ne comportant pas l'emploi du forceps. Proscrit par beaucoup d'accoucheurs, l'usage du forceps devenait moins fréquent et Fischer pouvait dire que si Smellie avait fait entrer le forceps dans la pratique, Hunter l'en fit sortir en reprenant la pratique de l'embryotomie.

Il n'est donc pas étonnant qu'on tentât d'autres moyens de résoudre les dystocias obstétricales. A Jean-René Sigault (1777) et Pierre Camper revient l'honneur d'avoir créé la symphyséotomie.

Naturellement cette nouvelle intervention ne fut pas acceptée sans discussion. Vis-à-vis des symphyséotomistes Sigault et Leroy s'élèvent Baudelocque qui, frappé des inconvénients de la symphyséotomie

1. Siebold, *Histoire de l'obstétricie*, traduction Hergott. Tome II, page 239, § 102.

pour la vie des femmes, qu'elle pouvait rendre infirmes quand elle ne les tuait pas, se fit le défenseur de la version, et Lauverjat, « regardé, dit de Siebold, comme un oracle de l'Académie » qui recommandait l'opération césarienne dont il perfectionnait le manuel opératoire.

Ainsi au début du XIX^e siècle les méthodes obstétricales en présence sont : l'embryotomie, la version, le forceps, la symphyséotomie et l'opération césarienne. Les unes et les autres ont leurs partisans. Si de Boer (1751-1835) condamne l'opération césarienne « ne voulant pas sacrifier la vie de la mère à la vie de l'enfant », Osiander (1822) récuse « la perforation et la symphyséotomie comme des méthodes nuisibles dont l'obstétricie peut se passer » ; et Mme Lachapelle précise les indications de la version par manœuvres internes qu'elle recommande d'employer d'une façon méthodique.

De telles divergences d'opinions étaient bien permises, quand on songe aux résultats que devaient avoir ces accoucheurs mal outillés et sans connaissances anatomo-pathologiques suffisantes ! Et comme on comprend que devant de tels aléas beaucoup d'accoucheurs du commencement du XIX^e siècle s'en tiennent aux vieilles méthodes, peut-être insuffisantes mais plus sûres, telles que l'embryotomie, le forceps ou la version pour résoudre les difficultés d'extraction du fœtus.

Alors la version podalique primait tous les autres procédés.

Aujourd'hui les progrès de la chirurgie et les découvertes microbiennes ont de nouveau ouvert la discussion qui passionnait césariens et symphyséotomistes au temps de Baudelocque, Sigault et Laverjat.

La version par manœuvres internes est-elle donc définitivement condamnée et doit-on, ainsi que le demande Varnier, la réserver seulement aux cas de présentations transversales, lui contestant toute utilité dans les cas de rétrécissement du bassin ?

Il semble que la discussion ne soit pas épuisée et il n'est peut-être pas indifférent de faire le bilan des résultats que permet d'obtenir la version podalique dans une maternité actuelle, construite et aménagée selon les données les plus récentes des hygiénistes modernes. Et c'est pourquoi nous avons recueilli à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine — maternité dont l'agencement permet de réaliser un milieu aussi aseptique que possible — un nombre considérable de versions faites, il est vrai, dans des conditions différentes et par des mains diverses et plus ou moins expérimentées. Puisse la vérité se dégager de ces résultats statistiques et contribuer pour une part — faible sans doute — à mettre en lumière les avantages et les inconvénients réels de cette intervention obstétricale, tour à tour trop vantée ou trop dédaignée, selon les passions du moment qui, là comme ailleurs, ont égaré le jugement de beaucoup de bons esprits !

CHAPITRE I

Résultats généraux.

Nous avons recueilli à la maternité de Saint-Antoine le nombre relativement considérable de 148 versions faites depuis la fondation de cette maternité, en mai 1897, jusqu'au 1^{er} janvier 1904.

En voici les résultats bruts :

Pour la mère 8 femmes mortes, soit 5, 4 0/0 dont :

3 sont mortes par rupture utérine ;

2 à la suite d'infection grave ;

2 à la suite d'hémorrhagies abondantes ;

1 dans un accès d'éclampsie ;

140 femmes sont sorties de l'opération vivantes, soit 94, 6 0/0. Parmi ces 140 femmes :

97 étaient en bon état après l'intervention et ont eu des suites de couche normales, soit 69, 2 0/0 ;

15 ont eu divers traumatismes, 10, 7 0/0 ;

28 ont eu des suites de couches pathologiques, soit 20 0/0.

Remarquons, dès maintenant, l'extrême fréquence des multipares accouchées à l'aide de la version comparativement au faible nombre des primipares. En effet sur 148 versions nous relevons :

Multipares, 131, soit 88, 5 o/o ;

Primipares, 17, soit 11, 5 o/o.

Si on veut plus préciser encore, on voit que sur 17 primipares :

15 sont sorties vivantes, soit 88, 2 o/o ;

2 sont mortes, soit 11, 7 o/o.

Sur 131 multipares :

125 sont sorties vivantes, soit 95, 4 o/o ;

6 sont mortes, 4, 6 o/o.

D'où on peut déduire immédiatement que la version, au point de vue de la mortalité féminine, est préférable chez la multipare que chez la primipare, sans doute à cause de la plus grande souplesse des parties molles.

Pour les enfants le résultat a été de 150 enfants extraits par la version dont on a eu :

39 morts pendant la version, soit 26 o/o ;

8 morts avant l'intervention dont quatre d'entre eux étaient macérés (soit 5,3 o/o) ;

103 enfants sont nés vivants, soit 68,6 o/o.

Sur ces 103 enfants :

37 sont venus en bon état, soit 35,9 o/o ;

9 avec des traumatismes, 8,7 o/o ;

57 ont dû être ranimés, soit 55,3 o/o.

Parmi ces derniers :

11 sont morts peu après, soit 19,2 o/o ;

46 sont sortis du service vivants, soit 80,7 o/o.

Mais, ainsi faite, cette statistique ne nous donnerait guère de renseignements sur ce que nous voulons précisément connaître : c'est-à-dire sur les résultats

qu'elle est capable de donner dans les divers cas où on est susceptible de l'employer.

Il convient donc de sérier les cas et de les classer :
Nous étudierons donc les résultats de la version :

- 1° Dans la présentation de l'épaule ;
- 2° Dans les rétrécissements du bassin ;
- 3° Dans les cas de placenta prævia ;
- 4° Dans l'accouchement provoqué ;
- 5° Dans la grossesse gémellaire ;
- 6° Dans les cas d'hydramnios ;
- 7° Dans les cas compliqués de procidence du cordon.

Résultat de la version dans la présentation de l'épaule.

Nous n'avons rien à dire sur les indications de la version dans la présentation de l'épaule. Comme dans l'antiquité, la version est, de nos jours, restée l'opération de choix. Elle a été régulièrement faite à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine quand on avait pu corriger la présentation par la version par manœuvres externes, et nous relevons qu'elle a été pratiquée 65 fois, soit dans environ 44 o/o.

Sur ces 65 versions on a eu :

3 femmes mortes, soit 4,6 o/o ;

62 femmes vivantes, soit 95,3 o/o.

Parmi celles-ci :

47 sont sorties de l'opération en bon état, soit 75,8 o/o ;

15 sont après des suites de couches pathologiques.
soit 24, 1 0/0.

Pour les enfants nous constatons sur 66 enfants extraits par version :

2 macérés ;

17 enfants morts pendant l'opération, soit 25, 7 0/0 ;

47 ont été extraits vivants, soit 75, 2.

Sur ces 47 enfants extraits :

15 étaient en bon état, soit 31, 9 0/0 ;

32 ont dû être ranimés, soit 68 0/0.

Parmi ceux-ci :

8 sont morts peu après, soit 25 0/0.

Mais ces résultats ayant été obtenus dans des conditions très diverses, il n'est pas indifférent d'établir quels facteurs doivent être mis en ligne de compte pour apprécier ces données, aussi allons-nous rechercher les conditions propres à la mère tout d'abord, pour aborder ensuite celles qui doivent être rapportées à l'enfant.

I. — L'état de la mère au moment de l'intervention est un point capital, car le résultat sera d'autant meilleur que la parturiente se présentera dans des conditions d'asepsie suffisante.

Combien de fois, pressé par la nécessité d'agir, n'a-t-on pas déploré d'intervenir alors qu'aucun des soins hygiéniques, bains, toilette vulvaire, qu'on a coutume de donner à nos hospitalisées, ne pouvaient être administrés.

Sur les 65 cas de versions, trois fois elle fut tentée dans ces conditions, le résultat fut le suivant :

2 femmes vivantes avec suites de couches pathologiques, soit 66,6 o/o.

1 femme morte, soit 33,3 o/o.

II. — Une deuxième cause maternelle contribue encore à assombrir le pronostic de la version: l'état de contracture de l'utérus. Ce fut Baudelocque qui le premier montra les difficultés de la version par contracture d'une bande musculaire qu'il localisa à l'orifice interne. Facile, si l'utérus a conservé sa contractilité musculaire normale, la version devient une opération pleine de difficultés si cette contractilité est exaspérée. La rétraction de l'anneau de Bandl est en effet une source de surprises désagréables pour l'accoucheur.

« Pendant la version podalique, dit le docteur
« Chéron qui a fort bien étudié ce mécanisme, prati-
« quée dans un utérus rétracté au niveau de l'an-
«neau de Bandl, on peut rencontrer des difficultés
« à chaque temps de l'opération.

« Au moment du premier temps la main sera arrê-
«tée d'abord par la rétraction de l'anneau qui cède
« habituellement après des manœuvres de dilata-
«tion manuelle. L'hypertension du corps utérin rend
« la progression lente et la saisie du pied difficile.

« L'évolution est variable suivant la situation du
« fœtus par rapport à l'anneau de Bandl.

« 1° Le fœtus est placé au-dessus de la bande annu-
«laire. La rétraction utérine constitue le seul obs-
«tacle et l'évolution est en général plus facile et
« exempte de danger de rupture.

« La partie fœtale est dans le segment inférieur.
« Plusieurs méthodes peuvent être employées. Dans
« le cours de cette opération on doit toujours veil-
« ler à la protection du segment inférieur, car les
« pressions doivent nécessairement être fortes et
« soutenues si on a refoulé la partie fœtale au-des-
« sous de l'anneau. Il faut aussi faire appuyer le
« globe céphalique uniquement contre l'obstacle
« qu'on veut lui faire franchir.

« La rétraction de l'anneau de Bandl peut retar-
« der et empêcher l'extraction du fœtus, qui est par-
« fois arrêté au moment du passage de la tête.

« La rupture utérine constitue la seule complica-
« tion immédiate de la version podalique. Elle a
« lieu pendant l'évolution du fœtus, au moment où
« l'on dégage la partie fœtale du segment inférieur ».

De même P. Vassor, dans sa thèse de doctorat, s'inspirant des idées de M. Bonnaire dit : « Dans les
« sus-bandliennes, les dangers sont moins grands
« pour la mère, car la rupture utérine est moins à
« craindre, par contre les difficultés de l'opération
« sont beaucoup plus grandes en général. Dans les
« sous-bandliennes on devra, s'il s'agit d'un sommet,
« ne recourir à la version qu'après échec du forceps
« et si cette dernière échoue, il faudra dans la plupart
« des cas recourir à l'embryotomie.

Dans les diverses observations recueillies, on verra que les difficultés se produisirent surtout au moment de l'extraction du fœtus et que le danger fut, en effet,

comme le signalent les docteurs Chéron et P. Vassor, la rupture utérine.

Sur les 65 cas de version, douze fois on eut à lutter contre la rétraction de l'anneau de Bandl.

Le résultat fut pour ces 12 cas :

Une femme morte par rupture utérine, soit 8,4 o/o ;

Onze femmes vivantes, soit 91,6 o/o.

Parmi celles-ci, sept ont eu des suites de couches normales soit 63,6 o/o ;

Quatre ont eu des suites de couches pathologiques, soit 36,3 o/o.

III. — Aux difficultés inhérentes à la version pour présentation de l'épaule peuvent s'ajouter les difficultés propres à une autre dystocie, la présence d'un bassin rétréci, par exemple. Le rétrécissement du bassin, s'il favorise la présentation de l'épaule, puisque l'engagement de la tête est plus difficile, rend la manœuvre opératoire plus périlleuse et pour la mère et pour l'enfant. Pour la mère, parce que le passage d'un enfant trop gros dans un bassin trop petit peut amener des lésions graves ; pour l'enfant, parce que trop comprimé entre les parties résistantes du bassin osseux, il a beaucoup de chances de naître mort ou avec des traumatismes graves.

Nous avons relevé 18 cas de versions pour présentation de l'épaule avec bassins rétrécis.

Pour la mère, le résultat a été :

Douze femmes avec suites de couches normales, soit 66,6 o/o ;

Six femmes avec suites de couches pathologiques, soit 33,3 o/o.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette dystocie que nous étudierons plus en détail dans un prochain chapitre.

IV. — Enfin une dernière complication fâcheuse pour la mère, mais ne touchant qu'indirectement à la question de la version, c'est l'état d'inertie de l'utérus fatigué par le travail et les manœuvres opératoires, état qui favorise les hémorrhagies, exige souvent la délivrance artificielle, provoque des rétentions de membranes nécessitant le curettage, toutes conditions propres à augmenter les chances d'infection de la femme.

Dans 18 cas, la délivrance a dû être faite artificiellement.

Sur ces 18 cas on a eu :

1 femme morte, soit 5,5 o/o ;

17 femmes vivantes, soit 94,4 o/o.

Parmi celles-ci, 13 ont eu des suites de couches normales, soit 76,4 o/o ;

Parmi celles-ci, 4 ont eu des suites de couches pathologiques, soit 23,5 o/o.

V. — Enfin, dans 20 cas, la version fut tentée pour la seule présentation de l'épaule.

Le résultat a été excellent pour la mère ; aucune femme morte :

16 femmes avec suites de couches normales, soit 80 o/o ;

4 femmes avec suites de couches pathologiques, soit 20 0/0.

Tels ont été les résultats de la version pour la mère, dans les cas où des difficultés venaient entraver la manœuvre opératoire. Examinons maintenant les résultats obtenus pour l'enfant.

Certes, s'il est vrai que la version est une opération parfois dangereuse pour la mère, combien plus sévère est le pronostic pour l'enfant. Et, en effet, le moindre incident, la plus petite cause d'arrêt dans l'extraction, peuvent être sa condamnation à mort; aussi a-t-on pu dire avec raison que la version était un coup de dé dont la vie de l'enfant était l'enjeu.

Dans un certain nombre de cas de présentation de l'épaule, nous remarquons que l'état de l'enfant était précaire avant l'intervention. Quelques enfants perdaient du méconium, signe de souffrance. Quelques autres présentaient des battements du cœur sourds, ralentis ou précipités; dans quelques cas, ces bruits n'étaient même pas perçus.

14 fois la version fut tentée dans ces conditions.

Le résultat a été :

6 enfants morts, soit 42, 8 0/0 ;

8 enfants vivants, soit 57, 1 0/0 ;

Sur ces 8 enfants vivants on a eu :

1 enfant en bon état, soit 12, 5 0/0 ;

7 enfants ranimés, soit 87, 5 0/0, parmi lesquels :

3 sont morts peu après, soit 42, 8 0/0 ;

4 sont sortis vivants, 57, 1 0/0.

II. — La contracture utérine, la rétraction de l'anneau de Bandl sont des causes aggravant le pronostic de la version pour le fœtus.

Nous avons cité des passages des thèses des Drs Chéron et P. Vassor pour montrer toute l'importance que ces auteurs attachent à cette source de difficultés opératoires. C'est qu'en effet, non seulement on peut craindre d'amener un enfant mort, mais même alors qu'on l'obtient vivant, trop souvent il naît avec des traumatismes graves, tels que fractures ou décollements épiphysaires, produits par les tractions énergiques nécessaires pour l'extraire.

Dans 11 cas où il y eut contracture de l'anneau de Bandl, on eut :

4 enfants morts, soit 36,3 o/o ;

7 enfants vivants, soit 63,6 o/o.

Sur ces 7 enfants vivants :

1 seul est né en bon état ;

6 enfants ont dû être ranimés et parmi ceux-ci :

2 enfants présentèrent, l'un un enfoncement du pariétal, l'autre une fracture de l'humérus.

III. — Signalons, pour mémoire, une cause de dystocie que nous n'avons pas rencontrée dans les observations recueillies : nous voulons parler de la grosseur exagérée du fœtus ou de l'exagération de dimension d'une partie du corps : diamètres de la tête, diamètre bi-acromial.

Dans un cas d'hydrocéphalie, on dut terminer la version par une perforation du crâne.

IV. — Nous n'insisterons pas sur le résultat de la

version dans les 18 cas de bassin rétréci avec présentation de l'épaule, puisque dans le chapitre suivant nous nous proposons de l'étudier plus en détail. Qu'il nous suffise ici de citer les résultats.

Sur ces 18 cas on a eu :

6 enfants morts, soit 33,3 o/o ;

12 enfants vivants, soit 66,6 o/o.

Parmi ceux-ci :

6 ont dû être ranimés ;

6 sont nés en bon état.

Reste donc 20 cas dans lesquels la version fut tentée, n'ayant d'autre indication que la présentation de l'épaule. Le résultat a été :

2 macérés ;

3 morts, soit 15 o/o ;

16 enfants vivants, 80 o/o.

CHAPITRE II

Version dans le cas de rétrécissement du bassin.

Si la version est l'opération unanimement admise, dans les cas de présentation de l'épaule, par tous les accoucheurs, il n'en est pas de même dans le cas de rétrécissement du bassin. L'évolution des idées des accoucheurs du xix^e siècle est très curieuse.

En effet, dans la première partie du xix^e siècle tous les accoucheurs français, à part Mme Lachapelle, sont partisans de l'emploi du forceps au détroit supérieur, tandis qu'en Allemagne Ritgen, Hohl, Osiander, pratiquent avec succès la version podalique. Après l'étude remarquable de Simpson, à l'étranger, la version est à peu près le seul procédé employé.

Schrøder résume bien l'opinion des accoucheurs par cette opinion, rapportée par Charpentier (*Traité d'accouchements*, tome II, p. 240):

« Même dans les cas de rétrécissement prononcé,
« on peut espérer par la version avoir un enfant
« vivant.

« La version est plus favorable pour l'enfant que
« l'accouchement par le sommet.

« La version est plus favorable pour la mère que le
« forceps.

« La pression momentanée, même très énergique,
« est moins grave pour la mère et l'enfant qu'une
« pression continue et persistante ».

Les études de MM. Budin et Champetier de Ribes sur le mécanisme de l'accouchement vinrent mettre en lumière la part d'exagération contenue dans ces doctrines. Déjà Playfair, Lardemer, avaient tenté de réagir. MM. Tarnier et Maygrier apportèrent la note juste en faisant le départ des indications et des contre-indications de la version.

« Tout d'abord, écrit M. Maygrier dans son article *Version* du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Tarnier admet qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels la version est indiquée de préférence au forceps. Ainsi on doit préférer la version lorsque la tête est très élevée et très mobile, lorsqu'il y a présentation de la face et du front, lorsqu'il existe des procidences du cordon et des membres. Il en est de même lorsqu'on a affaire à un bassin asymétrique et que l'occiput occupe le côté le plus étroit du bassin.

« Enfin il y a encore une circonstance où la version est indiquée, c'est lorsque plusieurs tentatives

« d'extraction avec le forceps sont demeurées infruc-
« tueuses et que le fœtus est encore vivant. La ver-
« sion reste alors la seule chance de salut de l'enfant,
« et on doit la tenter, sauf à pratiquer la basiotripsie
« sur la tête dernière si l'extraction manuelle est
« impossible.

« Le forceps est au contraire préférable quand le
« bassin est généralement rétréci, quand la tête est
« très peu mobile, ou quand elle est très amorcée au-
« dessous du détroit supérieur, quand enfin l'utérus
« s'est rétracté ».

C'est à peu près les mêmes préceptes que pro-
clament A. Martin et Bouchacourt, celui-ci dans son
article du *Dictionnaire Dechambre*, lorsqu'ils recom-
mandent le forceps dans les bassins généralement
rétrécis, la version dans les bassins plats et modéré-
ment rétrécis.

La version, qui est le procédé de choix de Léopold,
et dont cet auteur obtient des résultats remarqua-
bles puisque la mortalité s'élève seulement à 10 o/o,
est également un des moyens souvent choisis par
notre maître, M. Bar, à la Maternité de Saint-Antoine,
pour résoudre ce genre de dystocie obstétricale.

63 fois la version fut employée, soit dans 42,5 o/o
des cas.

Les résultats bruts ont été :

2 femmes mortes, soit 3,1 o/o ;

61 femmes vivantes, soit 96,8 o/o.

Parmi celles-ci :

10 ont eu des suites de couches pathologiques, soit 16,3 o/o ;

5 des déchirures périnéales plus ou moins graves, 8,2 o/o ;

46 des suites de couches normales, 75,4 o/o.

Pour les enfants le résultat de ces 63 cas a été :

Sur 64 enfants extraits :

2 étaient macérés, soit 3,1 o/o ;

18 sont morts, soit 28,1 o/o ;

44 ont été extraits vivants, soit 68,7 o/o ;

Parmi ceux-ci :

8 avaient des fractures diverses, soit 18,2 o/o ;

20 étaient en bon état, soit 45,4 o/o ;

16 ont dû être ranimés, soit 36,3 o/o ;

Dont 1 est mort quelques heures après.

Ces résultats bruts ont besoin d'être étudiés plus en détail.

Voyons d'abord quelles étaient les présentations de l'enfant au moment de l'intervention.

Nous trouvons ainsi qu'il y eut :

41 fois présentation du sommet ;

18 fois présentation de l'épaule ;

2 fois présentation du front ;

Deux cas où l'enfant était si mobile au-dessus du détroit supérieur qu'on peut dire qu'il n'y avait pas de présentation.

Le résultat a été pour les 41 cas de présentation du sommet de :

2 femmes mortes, soit 49 o/o, l'une d'hémorrhagie, l'autre après rupture utérine ;

39 femmes vivantes, soit 95,1 o/o.

Parmi lesquelles :

32 avec suites de couches normales, soit 82 o/o ;

5 avec des déchirures plus ou moins graves,
12,8 o/o.

2 avec des suites de couches pathologiques, 5,1 o/o.

Pour les enfants dans ces 41 cas de version le résultat a été de :

1 macéré, soit 2,4 o/o ;

10 morts, soit 24,3 o/o ;

30 enfants vivants, soit 73,1 o/o.

Parmi ceux-ci :

11 étaient bien portants, soit 36,6 o/o ;

7 avaient des fractures, soit 23,3 o/o ;

12 ont dû être ranimés, soit 40 o/o.

II. — Dans les 18 cas de présentation de l'épaule nous trouvons les résultats suivants :

Pas de femmes mortes ;

12 femmes ont eu des suites de couches normales,
soit 66,6 o/o ;

6 femmes ont eu des suites de couches pathologiques, soit 33,3 o/o.

Pour l'enfant :

6 morts, soit 33,3 o/o ;

12 enfants vivants, soit 66,6 o/o.

Et parmi ceux-ci :

6 sont nés en bon état, 50 o/o ;

5 ont dû être ranimés, 41,6 o/o ;

1 est né avec fracture, 8,3 o/o.

III. — La présentation du front est assez rare.

Cette présentation admise par Mme Lachapelle avait été méconnue par les accoucheurs qui suivirent ; mais les travaux de Fritsch et de Auvard montrèrent qu'il pouvait exister une présentation intermédiaire aux présentations du sommet et de la face. C'est ce qu'ils appelèrent, selon le degré de déflexion, les présentations du sineiput dans laquelle le centre est le bregma et la région qui l'entoure, et du front, plus défléchie dans laquelle le front occupe le centre de l'excavation.

D'ordinaire les dystocies ne sont guère plus nombreuses que celles des autres présentations, sommet ou face.

Cependant nous relevons que deux fois on dut recourir à la version pour terminer l'accouchement.

Le résultat a été :

Pas de femmes mortes ; deux femmes vivantes, dont :

1 femme avec suites de couches normales ;

1 femme avec suites de couches pathologiques.

Pour l'enfant au contraire le résultat a été :

2 enfants morts.

Enfin dans les deux cas, dans lesquels on peut dire qu'il n'y avait pas de présentation, le résultat a été :

Deux femmes vivantes.

Deux enfants vivants dont :

1 en bon état ;

1 ranimé.

II. — Mais les difficultés de la version dans les cas de bassin rétréci ne viennent pas seulement de

la présentation antérieure de l'enfant plus ou moins favorable à la saisie des pieds et à l'évolution ultérieure du fœtus. Il faut encore tenir compte du degré de rétrécissement du bassin, et aussi — mais on ne peut en tenir compte dans une statistique — de l'habileté de l'opérateur. « Cette opération qui réussit entre les mains d'un opérateur habile — dit Dubrisay dans sa thèse — échouera dans les mains d'une personne moins compétente ». C'est ainsi que Léopold et Budin ont des statistiques de versions remarquables au point de vue de la mortalité fœtale (Budin 14 0/0, Léopold 10 0/0).

Ce sont peut-être là des résultats exceptionnels dus, en effet, à la très grande habileté de ces accoucheurs. Les résultats que nous allons donner seront sans doute moins brillants, mais ils seront plus vrais, et nous voulons dire par là que dus non seulement à l'intervention des chefs de service, mais encore à celle des internes qui se sont succédé dans le service, ces résultats se rapprocheront mieux de ce que la version est capable de donner dans la réalité.

Nous n'aurons pas à nous prononcer sur la valeur de la version dans les cas de bassin généralement rétréci, condamnée comme on l'a vu, par MM. Tarnier, Maygrier et Demelin, car dans aucun cas elle n'a été tentée à la maternité de Saint-Antoine.

C'est donc seulement dans les cas de bassins plats que nous aurons à examiner les résultats obtenus.

Suivant la classification adoptée par notre maître,

M. Bar, nous diviserons les bassins en cinq catégories.

La première comprendra les bassins allant de 61 m/m. à 70 m/m.

La deuxième comprendra les bassins allant de 71 m/m. à 80 m/m.

La troisième comprendra les bassins allant de 81 m/m à 90 m/m.

La quatrième comprendra les bassins allant de 91 m/m. à 100 m/m.

La cinquième comprendra les bassins allant de 101 m/m. à 110 m/m.

Dans la première catégorie de bassins nous ne relevons aucun cas de version. Dans ces cas, en effet, l'opération de choix pour M. Bar est l'opération césarienne si les membranes sont intactes, si l'enfant et la mère sont bien portants, ou la symphyséotomie si les membranes sont rompues ou si des tentatives d'extraction de l'enfant ont échoué ; l'embryotomie si l'état de l'enfant est mauvais.

Dans la deuxième catégorie de bassins, allant de 71 m/m. à 80 m/m., c'est la limite inférieure de rétrécissement pour intervenir par version d'après Dubrisay qui pense « que la version peut encore donner des résultats surprenants, puisque les parties latérales sont encore assez larges pour permettre les « manœuvres comme le refoulement de la nuque vers la ligne innominée et la flexion ». M. Bar, dans ces cas, recourt plus volontiers encore à une autre intervention : surtout à la césarienne 28,56 o/o.

Deux fois seulement il a tenté la version.

Le résultat a été :

2 femmes vivantes ;

1 enfant vivant ;

2 enfants morts (jumeaux) avec enfoncement marqué des pariétaux.

Dans les rétrécissements du bassin de 81 m/m. à 90 m/m. de diamètre promonto-pubien minimum, la pratique courante à la maternité de Saint-Antoine est encore le plus souvent d'avoir recours à un autre mode d'intervention lorsque cela était possible. C'est ainsi que dans une statistique publiée par M. Bar, on voit que le nombre de versions est de 19,60 o/o et le nombre d'accouchements provoqués de 18,90 o/o. Aussi les cas de versions sont-ils encore rares dans cette catégorie de rétrécissement du bassin.

Le résultat a été pour les 8 versions tentées.

Pour la mère :

Pas de femmes mortes ;

8 femmes vivantes dont :

4 avec suites de couches normales, soit 50 o/o ;

4 avec suites de couches pathologiques, 50 o/o.

Pour l'enfant :

1 enfant mort, soit 12,5 o/o ;

7 enfants vivants, soit 87,5 o/o ;

Dont 1 en bon état, soit 14,2 o/o.

4 ont dû être ranimés soit 57,1 o/o ;

2 avec fractures, soit 28,5 o/o.

A partir de la catégorie de bassins mesurant 91 à 100 m/m, M. Bar pense que le plus souvent les femmes accouchent seules et que lorsque l'on doit inter-

venir il est préférable de recourir à une intervention conservatrice comme le forceps ou la version.

Nous relevons que dans 12 cas l'accouchement fut obtenu par version. Dans ces 12 cas le résultat a été :

Pour la mère :

Pas de femmes mortes.

11 femmes avec suites de couches normales.

1 femme avec suites de couches pathologiques.

Pour l'enfant :

3 enfants morts : 25 0/0.

9 enfants vivants, soit 75 0/0.

Parmi ceux-ci :

4 en bon état, soit 44,4 0/0.

3 ont dû être ranimés, soit 33,3 0/0.

2 avaient des fractures, soit 22,22 0/0.

Enfin dans la dernière catégorie de bassins, mesurant de 101 à 110, c'est surtout à la version, lorsque la femme est une multipare, que la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur et les membranes intactes que M. Bar a recours pour terminer l'accouchement.

Aussi le nombre de versions est-il, dans ces cas, relativement considérable. Nous en relevons 35.

Le résultat a été :

33 femmes vivantes, soit 94,2 0/0.

Dont : 5 avec suites de couches pathologiques ;

28 avec suites de couches normales ;

2 femmes mortes, soit 5,7 0/0.

Mais nous devons signaler maintenant que l'une de ces malades était presque exsangue, épuisée par

les hémorrhagies abondantes d'un placenta prævia. Il serait donc excessif d'accuser la version d'une mort due à une autre cause.

Pour l'enfant le résultat a été :

2 enfants macérés, soit 5,7 ;

10 enfants, morts soit 28,5 0/0 ;

23 enfants vivants, soit 65,7 0/0.

Parmi ceux-ci :

11 en bon état, soit 47,8 0/0 ;

4 avec dépressions frontales plus ou moins accentuées, soit 17,0/0 ;

8 ranimés, soit 34,7 0/0 ;

1 est mort quelques heures après, 4,3 0/0.

A côté de ces cas de version tentée dans des bassins plats nous devons signaler quelques cas de versions dans des bassins irrégulièrement rétrécis.

Dans 2 cas elle fut faite dans un bassin vicié par spondilolisthesis le résultat fut :

2 femmes vivantes ;

1 enfant vivant ;

1 enfant mort.

Dans 2 cas on trouva un bassin cyphotique.

Le résultat fut :

2 femmes vivantes ;

2 enfants vivants.

Dans 2 cas la version fut faite dans des bassins aplatis, l'un par fracture, l'autre par coxalgie.

Le résultat fut :

2 femmes vivantes ;

1 enfant vivant.

1 enfant mort.

Citerons-nous ces résultats de la version dans les cas de rétrécissement du bassin sans conclure ? Il est plus intéressant à notre sens de les comparer avec ce que les méthodes rivales, forceps, césarienne, symphyséotomie, ont donné aux mains de divers accoucheurs.

Les tableaux statistiques annexés aux leçons de pathologie obstétricale de M. Bar nous permettront d'établir facilement cette comparaison.

Par la version la mortalité maternelle est de :

3,1 o/o à la maternité de Saint-Antoine.

0 pour Knapp à la maternité de Prague.

La mortalité infantile est de :

28,1 o/o à la maternité de Saint-Antoine.

38,4 o/o à la maternité de Prague.

25 o/o à la clinique Baudelocque.

Avec le forceps la mortalité maternelle est de :

5,8 o/o pour Knapp de Prague.

50 o/o pour M. Pinard.

12,5 o/o pour M. Bar.

La mortalité infantile est de :

11,76 pour Knapp.

0 pour M. Pinard.

25 o/o pour M. Bar.

Par la césarienne la mortalité maternelle est de :

50 o/o pour Knapp.

0 pour M. Bar.

La mortalité infantile est de :

0 pour Knapp.

0 pour M. Bar.

Avec la symphyséotomie la mortalité maternelle est de :

10 0/0 pour M. Pinard.

0 pour M. Bar.

La mortalité infantile est de :

10 0/0 pour M. Pinard.

0 0/0 pour M. Bar.

Nous n'avons, dans ce qui précède, tenu compte que du degré de rétrécissement du bassin, mais l'étroitesse plus ou moins grande du détroit supérieur n'est pas le seul facteur capable de modifier les résultats de la version par manœuvres internes.

Nous devrions ici ouvrir un chapitre sur les autres facteurs du pronostic tels que : l'infection, volume de l'enfant, etc.

Mais il nous a été bien difficile à ce point de vue d'utiliser les observations que nous avons à notre disposition. Il est cependant un facteur qui joue un rôle important et qui n'est pas moindre que dans la présentation de l'épaule, c'est la rétraction de l'anneau de Bandl.

Dans les cas de bassin rétréci il s'agit le plus souvent, quand on fait la version, de présentation de la tête; or, on ne doit pas oublier que l'engagement tardif, pendant le travail, ne vient pas seulement du rétrécissement du bassin. Dans les cas où il y a bassin généralement rétréci, il est commun de trouver un arrêt de développement des organes génitaux internes; l'effacement et la dilatation se font mal, lentement, le seg-

ment inférieur reste accolé contre la tête de l'enfant, l'anneau de Bandl enserre le cou et retient élevées les épaules, d'où un empêchement à l'engagement de la tête. Aussi quand on fait la version éprouve-t-on de très sérieuses difficultés à faire passer la tête au-dessus de l'anneau de Bandl et à amener le siège au-dessous de cet anneau. Ces difficultés sont tellement réelles que M. Bar a pu dire avec raison : « La version
« n'est pas seulement une opération qui consiste
« à amener au détroit supérieur une partie fœtale
« qui en est éloignée, c'est encore une opération
« qui a pour but de faire passer au-dessus de l'an-
« neau de Bandl une partie fœtale (tête, épaule), qui
« se trouve au-dessous et de ramener au-dessous de
« cet anneau la partie fœtale (tête, épaule) qui se
« trouve au-dessus ».

Ces anomalies de contraction ne se rencontrent pas au même titre dans les cas où il s'agit de bassins plats. Pour bien faire, nous devrions dire, dans la statistique qui précède, sérier les cas où il s'agissait de bassins généralement rétrécis et ceux où ils n'étaient que simplement aplatis ; puis faire la proportion dans les premiers des cas dans lesquels il y a eu complication par rétraction de Bandl.

Malheureusement un assez grand nombre d'observations ne sont pas assez complètes pour répondre à ce desideratum ; et nous sommes obligé de signaler cette difficulté sans pouvoir donner de détails statistiques.

CHAPITRE III

Versions dans les autres cas.

A. — *Version dans le cas de placenta prævia.*

Le placenta prævia, si redoutable à cause des hémorrhagies abondantes qui peuvent emporter la femme avant toute possibilité d'intervention, a de tout temps préoccupé les accoucheurs; aussi de nombreuses méthodes de traitement furent-elles proposées, soit dans le but de parer à l'hémorrhagie, soit dans le but d'en empêcher le retour.

Une sage-femme de très grand mérite, Louise Bourgeois et Guillemeau, conseillèrent d'introduire de vive force la main dans la matrice pour terminer l'accouchement et créèrent cette méthode dite de l'accouchement forcé. Puzos la modifia, en fit une méthode moins brutale, et pendant longtemps ce fut la seule pratique admise par les accoucheurs.

Mais, ayant remarqué la fréquence des présentations vicieuses dans ces cas de placenta prævia, il était rationnel de chercher un moyen thérapeutique s'adressant à la fois au placenta prævia et à sa complication ; c'est dans ce but que la version par manœuvres internes fut employée.

Mais bientôt une méthode rivale fut créée. A la version préconisée par les D^{rs} Kelly et Longaker, Parvin et Nordmann opposèrent le tamponnement. Ces deux méthodes trouvèrent d'ardents défenseurs : les uns comme Braxton Hicks, Kuhne, Kaltenbach, Barnes, frappés de l'insuffisance hémostatique du tamponnement, recommandèrent l'emploi de la version, tandis que d'autres comme Depaul, Bailly, Pajot et Tarnier recoururent au tamponnement avant de tenter toute intervention.

Laskine, à qui nous empruntons cet historique, après avoir examiné ces diverses opinions, adopte une opinion moyenne.

Si la femme est forte, résistante, faire le tamponnement et se garder de transformer une présentation du sommet : si, au contraire, la femme est anémiée, épuisée par les hémorrhagies, ne pas hésiter et se hâter de terminer l'accouchement rapidement par la version.

C'est en effet une excellente méthode qui a été employée un assez grand nombre de fois à la maternité de Saint-Antoine, puisque nous relevons 22 cas de version pour placenta prævia.

Sur ces 22 cas nous relevons :

2 femmes mortes, soit 9,09 o/o ;

20 femmes vivantes, soit 90,9 o/o.

Sur ces 20 femmes :

12 ont eu des suites de couches normales, soit 60 o/o ;

7 ont eu des suites de couches pathologiques, soit 35 o/o ;

1 a eu une déchirure du col, soit 5 o/o.

Pour les enfants, si souvent menacés, le résultat a été :

19 morts, soit 45.4 0/0 ;

1 macéré ;

11 enfants vivants, soit 50 0/0 ;

Dont :

2 en bon état, soit 18,1 0/0 ;

6 ranimés et sortis vivants, soit 54,5 0/0 ;

3 ranimés puis morts peu après, soit 27,2 0/0.

B. — *Version dans la grossesse gémellaire.*

Dans l'accouchement gémellaire on fait rarement la version pour extraire le premier enfant, mais fréquemment pour extraire le deuxième. On intervient rarement pour le premier enfant parce que rarement il se présente par l'épaule. Dans ce cas, bien entendu, on fait la version. Mais s'il y a présentation de la tête, on préférera le plus souvent d'autres interventions afin d'éviter d'être gêné par le deuxième enfant. Ces obstacles à la version n'existent pas pour le deuxième enfant qui du reste se présente souvent par l'épaule.

La version est alors une excellente méthode qui permet, alors qu'il n'y a pas d'engagement d'enfant, de terminer l'accouchement, sûrement et avec rapidité.

Nous relevons ici un certain nombre de cas de versions, mais il est à remarquer dès maintenant que dans aucun cas on n'ait intervenu pour extraire le premier enfant seul ; presque toujours au contraire

le deuxième enfant fut obtenu par version, soit qu'il se présentât par l'épaule, soit qu'il y eut inertie utérine commandant d'agir rapidement.

Dans les 18 cas de grossesse gémellaire :

Seize fois la version a été employée pour extraire le deuxième enfant, soit dans 88, 8 o/o des cas.

Deux fois seulement pour extraire les deux enfants, soit 11, 1 o/o.

Dans les deux cas où les enfants ont été extraits par version, le résultat a été :

2 femmes vivantes.

2 enfants vivants.

2 enfants morts avec enfoncement du pariétal correspondant. Quant aux deux enfants vivants, l'un est mort le lendemain, l'autre est sorti vivant du service, mais en mauvais état.

Enfin dans les 16 cas de version pour le deuxième enfant on a obtenu les résultats suivants :

2 femmes mortes, soit 12 5 o/o.

14 femmes vivantes, soit 87, 5 o/o.

Dont 8 ont eu des suites de couches normales, soit 57, 1 o/o.

6 des suites de couches pathologiques, soit 42,8 o/o.

Pour les enfants le résultat a été :

1 mort, soit 6, 2 o/o;

15 enfants vivants, soit 93, 7 o/o

parmi lesquels :

7 étaient en bon état, soit 46, 6 o/o.

8 ont dû être ranimés, soit 53, 3 o/o, dont :

1 ranimé est mort peu après, soit 6,6 o/o.

Et si nous résumons les 18 cas de grossesse gémellaire, on trouve :

16 femmes vivantes, soit 88, 8 o/o.

2 femmes mortes, soit 11 1 o/o.

Pour l'enfant : sur les 20 extraits :

3 morts, soit 15 o/o.

17 vivants, soit 85 o/o.

Nous plaçons ici un cas de grossesse trigémellaire, la version fut tentée pour extraire le troisième enfant, Le résultat fut un enfant mort.

La mère eut des suites de couches normales et sortit en excellent état.

C. — *Version dans les cas d'accouchement provoqué.*

Dans les cas d'accouchements provoqués avant terme, on s'est demandé quelle méthode était préférable pour terminer l'accouchement. Devait-on recourir à la version ou tenter une application de forceps ? Par ses études sur les tractions nécessaires pour faire passer la tête d'un fœtus né avant terme à travers un bassin rétréci, le professeur Budin conclut que la version l'emporte de beaucoup sur l'application de forceps. Et à l'appui de sa thèse il donne deux ordres d'arguments : efforts moins considérables de traction dans la version, mauvaise prise de la tête par défaut d'ossification pour le forceps.

Champetier de Ribes, Charpentier, préconisent également la version.

Lardemer, au contraire, s'élève dans sa thèse contre ces conclusions qui ne lui paraissent pas justifiées complètement. Pour lui, où le forceps est contre-indiqué la version l'est également ; si la tête est trop grosse pour le rétrécissement, elle ne passera pas et, si elle est de dimensions moyennes, autant laisser l'accouchement se faire spontanément ; car, dans ces cas, l'accouchement spontané est préférable et moins dangereux pour la mère et pour l'enfant.

Et à l'excellente statistique d'Alexandre Milne qui accuse 3 enfants morts sur 38 cas de version, et dont il paraît peu tenir compte, il oppose pour réfuter l'argumentation précédente celle de Staneseo et celle de Pajot qui attribue à la version 60 o/o de mortalité d'enfant contre 25 o/o seulement au forceps et 18,71 o/o à l'accouchement spontané. N'est-ce pas là un peu d'exagération ?

La version dans l'accouchement provoqué a été employée à la maternité de Saint-Antoine, 10 fois. Les résultats ne nous paraissent pas aussi défavorables que le dit Lardemer. Et, en effet, que sont-ils ?

Pour la mère nous trouvons :

1 femme morte, soit 10 o/o.

9 femmes vivantes, soit 90 o/o.

Parmi ces femmes :

7 ont eu des suites de couches normales, soit 77,7 o/o.

2 ont eu des suites de couches pathologiques, soit 22,2 o/o.

Pour les enfants le résultat est :

3 enfants morts, soit 30 0/0.

7 enfants vivants, soit 70 0/0.

Parmi lesquels :

2 en bon état, soit 28,7 0/0.

4 ont dû être ranimés, soit 57, 1 0/0.

1 avec fracture, soit 14,2 0/0.

D. — *Version dans les cas d'hydramnios.*

La présence d'hydramnios au moment de l'accouchement est une complication qui réserve parfois à l'accoucheur de désagréables surprises. Soit que l'utérus surdistendu par le liquide en excès ne se contracte plus et favorise des hémorrhagies toujours graves, soit que cette surdistension produise un amincissement de ses parois pouvant amener une rupture utérine : l'hydramnios peut être pour la mère un accident grave si elle n'est secourue par un accoucheur instruit et attentif.

Sur les 10 cas de version tentés alors qu'il y avait hydramnios nous relevons :

2 cas de mort par rupture utérine, soit 20 0/0.

8 cas sans accident pour la mère, soit 80 0/0.

Est-ce bien à l'hydramnios que sont dus ces résultats malheureux et à l'hydramnios seul ? Il serait peut-être exagéré de le dire ; mais nous croyons cependant que cette cause a joué un certain rôle, et que ces ruptures ont dû être favorisées par la surdistension utérine, que cette surdistension ait été rapide ou lente.

Pour l'enfant il est certain, qu'ainsi que l'a montré M. P. Bar, nombre d'enfants sont nés vivants et bien portants malgré cet excès de liquide ; mais cependant il faut remarquer que dans les cas où cette dystocie nécessite l'intervention de l'accoucheur le pronostic est assombri dans une notable proportion.

Sur les 10 cas de versions avec hydramnios nous relevons :

3 enfants morts, soit 30 0/0.

7 enfants vivants, soit 70 0/0.

C'est donc bien là un résultat défavorable, ainsi que nous l'avons dit, et il est donc nécessaire dans ces cas de faire des réserves. On évitera ainsi de voir attribuer à une maladresse le fâcheux résultat dû à cette même complication.

E. — *Version dans les cas de procidence du cordon.*

La procidence du cordon est une complication sérieuse, sinon pour la mère, du moins pour l'enfant dont la vie court très souvent de très grands risques, puisque Scanzoni et Churchill fixent la mortalité à 53 0/0 et Hecker à 37, 6 0/0. C'est donc à juste titre que les accoucheurs se sont préoccupés des moyens propres à éviter cette dystocie.

Pour Mauriceau, Deventer, Siebold, Michaëlis, la réduction manuelle est l'opération de choix, alors que Braun, Nœgelé et Tarnier, ont coutume de recourir à la réduction instrumentale.

Mais ces méthodes également favorables dans cer-

tains cas, ne sont pas toujours aussi efficaces qu'il serait désirable et certains accoucheurs même ont nié leur utilité.

Charpentier dans son *Traité d'accouchement* adopte une doctrine un peu différente et préfère terminer artificiellement l'accouchement par la version bipolaire.

C'est à peu près la même doctrine que professe Laskine qui conclut ainsi dans sa thèse : « On essayera de repousser le cordon, dit-il, et de ramener la tête au détroit supérieur. On la fixera ensuite en rompant la poche des eaux si elle est intacte, et dans le cas contraire on pourra maintenir la tête en appliquant la ceinture entocique ». Si cette tentative échoue, il conseille alors de procéder immédiatement à la version podalique bipolaire qui, si elle ne met pas à l'abri de la compression du cordon, ne menace la vie de l'enfant déjà très en danger qu'au dernier moment.

En cette occurrence, en effet, la version est un moyen assez recommandable pour sauvegarder la vie de l'enfant :

Les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Antoine dans 32 cas où on fit la version alors qu'il y avait procidence du cordon ont été :

Pour la mère :

1 femme morte par rupture utérine, soit 3, 1 0/0.

31 femmes vivantes, soit 96, 8 0/0.

Parmi lesquelles 27 avec suites de couches normales, soit 87 0/0.

Et 4 avec suites de couches pathologiques, soit 12,9 o/o.

Et pour l'enfant surtout menacé :

7 enfants morts, soit 21,8 o/o.

25 enfants vivants, soit 78,2 o/o.

Parmi lesquels :

8 étaient en bon état, 32 o/o.

17 durent être ranimés, soit 68 o/o.

Mais parmi ces derniers 4 succombèrent presque immédiatement.

Mais ces résultats bruts doivent aussi être analysés de plus près, car il n'est pas indifférent de connaître quelle était la présentation de l'enfant avant qu'on ait tenté la version. En effet, les accoucheurs ne sont pas tous d'accord sur la méthode thérapeutique à employer selon les diverses présentations.

Pour quelques-uns, on ne doit essayer en aucun cas de modifier la présentation si celle-ci est un sommet, et dans ces cas la seule intervention permise est la réduction manuelle ou instrumentale du cordon, suivie ou non d'application de forceps. Pour d'autres, au contraire, si le col est dilaté ou dilatable, la version est encore le procédé de choix.

Nous avons relevé 12 cas de présentation de l'épaule.

20 cas de présentation du sommet.

Dans les 12 cas de présentation de l'épaule, où la version est évidemment la seule méthode à employer, les résultats ont été :

Pour la mère :

1 femme morte, soit 8, 3 o/o.

11 femmes vivantes, soit 91,6 o/o.

Pour les enfants :

4 enfants mort, soit 33,3 o/o.

8 enfants vivants, soit 66,6 o/o.

Parmi lesquels :

3 étaient en bon état.

5 furent ranimés, mais 4 succombèrent peu après.

Sur les 20 cas de procidence avec présentation du sommet pour la mère :

Pas de femmes mortes.

20 femmes vivantes dont 17 avec suites de couches normales, soit 85 o/o.

3 avec suites de couches pathologiques, soit 15 o/o.

Pour les enfants :

3 morts, soit 15 o/o.

17 vivants, soit 85 o/o.

Dont 5 nés en bon état, 29,5 o/o.

12 ranimés, soit 70,5 o/o.

Enfin, signalons deux cas de version tentée pour sauver l'enfant. Dans ces deux cas la présentation de l'enfant était une présentation du sommet, le bassin était normal, mais le travail n'avancait pas et la vie de l'enfant était en péril.

Le résultat a été :

2 enfants ranimés mais l'un est mort 3 heures après.

Pour la mère :

2 femmes vivantes, mais toutes les deux avec des déchirures, l'une de la paroi antérieure du vagin, l'autre de la région clitoridienne.

CONCLUSION

Résumons donc les résultats obtenus.

Dans la présentation de l'épaule la mortalité pour la femme est de 4,6 o/o ; pour l'enfant 25,7 o/o.

C'est donc une intervention sérieuse pour l'enfant. Doit-on être surpris de ce chiffre élevé ? Non si l'on se reporte aux observations qui montrent combien de fois on dut intervenir alors que le fœtus ne vivait pour ainsi dire plus et que la mère était dans un très mauvais état, fatiguée par les hémorrhagies et souvent par les manœuvres qu'elle avait subies avant son entrée. Ajoutons encore les nombreux cas où la présentation de l'épaule était accompagnée de complications nombreuses et nous aurons une idée à peu près juste des résultats obtenus, si on considère les faits tels que la pratique les présente, favorables et défavorables.

Dans le rétrécissement du bassin la mortalité est de 3,1 o/o pour la femme, 28,1 o/o pour l'enfant.

On pourrait répéter ici ce que nous venons de dire, mais ces résultats même auraient besoin d'être analysés ; or, nous l'avons vu, la mortalité a été plus grande dans les cas de bassins peu rétrécis, que dans les cas de rétrécissements accentués.

Cela tient à ce que souvent se sont ajoutées d'autres causes de difficultés opératoires telles que placenta prævia, procidence du cordon, etc., et il n'est pas

facile de faire la part qui revient à l'intervention proprement dite.

Dans le placenta prævia, la mortalité pour la femme est de 9,09 o/o, pour l'enfant 45,4 o/o.

C'est là un chiffre fort élevé, mais que faire ? Comment sauver un enfant compromis depuis longtemps ? Comment sauver la mère souvent exsangue, épuisée ? C'est encore souvent la méthode de choix pour obtenir les meilleurs résultats, et on ne peut attribuer à la version le mauvais pronostic, mais à la cause même qui commande cette intervention.

Dans la grossesse gémellaire, la mortalité pour la femme a été de 11,1 o/o, pour l'enfant 15 o/o.

La mortalité de la femme un peu élevée n'est pas attribuable à la version elle-même, mais aux hémorragies graves qui anémient la femme et à l'infection consécutive.

Pour l'enfant le résultat est bon, car la version a permis souvent d'extraire vivants des enfants qui jamais n'auraient été expulsés faute de contractions utérines.

Dans les cas d'accouchement provoqué avant terme, la mortalité pour la mère est de 10 o/o.

Pour l'enfant 30 o/o.

Les résultats ne doivent pas surprendre, puisque souvent si on intervient c'est qu'on tente la seule chance possible d'accoucher la mère en sauvant l'enfant, soit que le volume du fœtus soit trop gros pour un bassin trop petit, soit qu'une complication, telle que l'éclampsie, vienne exiger la terminaison rapide de l'accouchement.

Dans les cas d'hydramnios.

La mortalité pour la mère est de 20 0/0.

Pour l'enfant 30 0/0.

Chiffres élevés sans doute, mais qu'expliquent les nombreuses complications se surajoutant à cette cause : contracture utérine ou inertie utérine, présentations de l'épaule et rétrécissement du bassin.

Enfin dans la procidence du cordon ;

La mortalité pour la mère est de 3,1 0/0.

Pour l'enfant 21,8 0/0.

C'est, en effet, une cause de mortalité infantile très fréquente, et il est regrettable de constater un chiffre aussi élevé d'enfants morts ; mais quelle autre méthode pourrait prétendre à de plus beaux résultats ? Nous sommes convaincu que parfois la version a permis de sauver des enfants que la réduction manuelle ou instrumentale aurait été impuissante à sauver.

Nous pouvons donc conclure que la version, faite dans des conditions d'asepsie suffisante, et par des mains expérimentées fait courir peu de chances de mort à la mère.

Pour l'enfant c'est encore une opération sérieuse, mais dont le pronostic est plus ou moins sévère, selon les indications qui ont nécessité l'intervention.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

OBSERVATIONS

Nous avons rassemblé 148 cas de versions faites à la Maternité du 18 mai 1897 au 1^{er} janvier 1904. Nous avons supprimé, ainsi que l'a fait M. Bar dans son livre sur le fonctionnement de la Maternité de Saint-Antoine, tous les détails qui ne pourraient apporter aucun éclaircissement sur l'opération même ou ses conséquences.

Ainsi recueillies, nous les groupons selon l'une des catégories que nous avons distinguées : 1^{re} présentation de l'épaule, rétrécissement du bassin, placenta prævia. Accouchement provoqué. Grossesse gémellaire, procidence du cordon.

Présentations de l'épaule.

OBSERVATION I. — A. 407. IV pare, deux à terme spontanément, 1 à 3 mois 1/2, bassin normal. Epaule en A. I. D., dorso-postérieure pour le premier fœtus, épaule en A. I. D., dorso-antérieure pour le deuxième. Rupture prématurée des membranes en ville. Absence des bruits du cœur. Etat de la mère bon.

Embryotomie pour le premier enfant. Pour le deuxième, version par manœuvres internes. Saisie des deux pieds. Evolution facile. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle,

Poids du premier enfant 2.370 grammes. Mort. Poids du deuxième, 2.700 grammes. Bon état à la naissance et à la sortie. Pour la mère, hémorrhagie, 900 grammes de caillots. Injection intra-utérine de permanganate de potasse et massage externe de l'utérus. Accidents péritonéaux. Elévation de température. Morte le quatrième jour.

OBSERVATION II. — A. 424. 42 ans. Multipare, cinq à terme spontanément. Bassin normal. Présentation, épaule droite en A. I. D. dorso-antérieure. Lenteur du travail.

Procidence du cordon. Etat avant l'intervention bon. On met un ballon de Champetier. Version à la dilatation complète. Saisie du pied postérieur après avoir abaissé la tête dans la fosse iliaque droite. Evolution et extraction faciles. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Poids de l'enfant 3.300 grammes. Né en état de mort apparente. Ranimé mais meurt 3 heures après. Etat de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — A. 545. Secondipare, 23 ans. Premier avec forceps. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. D., dos en avant. Bruits du cœur sourds, hydramnios. Lenteur du travail. Liquide amniotique teinté de méconium. Etat de la mère bon. On met un ballon de Champetier. Version. Saisie du pied gauche, pied antérieur. Rotation du fœtus. Manœuvre de Mauriceau. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Poids de l'enfant 3.070 grammes. Naît et sort en bon état. Etat de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV. — A. 692. Multipare, 28 ans. Bassin normal. Gémellaire. Deuxième enfant, présentation de l'épaule en A. I. D., dos en avant. Version par manœuvres internes. Délivrance artificielle. Enfant du poids de 2.850 grammes naît et sort en bon état. Etat de la mère après délivrance, bon. Suites de couches pathologiques. Lochies purulentes.

OBSERVATION V. — A. 882. 37 ans. Sept accouchements à terme spontanément. Présentation épaule gauche en A. I. G. Membranes rompues. Procidence d'un bras. Avant l'intervention bon état de la mère. Introduction de la main gauche. La saisie du pied est difficile. Introduction de la main droite l'amène à la vulve après tractions. Lacs. Saisie du pied droit. Traction sur les deux pieds. Evolution facile après avoir refoulé la partie supérieure du tronc. Extraction facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Poids de l'enfant 3.620 grammes. Mort. Etat de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI. — B. 111 : Multipare, 32 ans. Premier, épaule terminée par version. Présentation de l'épaule en A. I. D., dos en arrière. Membranes rompues. Lenteur du travail. Epaule engagée. Utérus appliqué sur le fœtus. Introduction de la main droite. Saisie du pied postérieur qui est amené à la vulve. Abaissement du pied antérieur sans difficultés. Extraction du siège. On ne peut faire l'anse du cordon à cause d'une tension très grande du cordon. Dégagement des bras. Extraction de la tête. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Poids de l'enfant 2.930 grammes. Naît étonné. Ranimé. Sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches avec élévation de température jusqu'au 10^e jour.

OBSERVATION VII. — B. 655. Multipare, 27 ans. Épaule droite en A. I. G. dorso-postérieure. Pas de battements du cœur. Ballon de Champetier et dilatation manuelle. Abaissement du bras droit et avec la main droite saisie du pied droit. Evolution facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant 1.100 grammes. Mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII. — B. 677. Secondipare, 24 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. D. dorso-antérieure. Membranes entières, bras gauche dans ces dernières. Introduction de la main gauche qui achève la dilatation. Abaissement de la main gauche procidente. Lacs. Abaissement du pied postérieur. Evolution et extraction faciles. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Poids de l'enfant 1.300 grammes. Né faible, meurt quelques heures après. Etat de la mère bon. Elévation de température les cinq premiers jours, puis suites de couches normales.

OBSERVATION IX. — B. 694, 20 ans, primipare. Bassin normal. Présentation épaule droite en A. I. D. dorso-postérieure. Placenta prævia. Ecoulement sanguin assez abondant. Membranes entières. Bruits du cœur normaux. Ecoulement sanguin. Procidence du cordon et d'un bras. Introduction de la main droite, saisie facile du pied droit. Dégagement rapide et facile du fœtus. Délivrance artificielle. Enfant du poids de 1.150 grammes, né faible et meurt quelques heures après sa naissance. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION X. — B. 964, 24 ans, deux accouchements antérieurs : 1^{er} à terme spontané. 2^e épaule version. Bassin normal. Présentation de l'épaule en A. I. G. dos en avant. Bras droit procident dans le vagin. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit antérieur. Evolution facile. Extraction facile. Délivrance naturelle. Enfant du poids de 2.890 gr. né en bon état, sort en bon état. Etat de la mère après délivrance bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XI. — B. 1340, 25 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule en A. I. D., dos en avant. Poche des eaux volumineuses. Au moment de l'intervention membranes rompues. Procidence du bras gauche. Lacs sur le poignet. Introduction de la main gauche. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant de 3.230 grammes né en bon état. Sort en bon état. 3.620 grammes. Après délivrance état de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII. — C. 73. 23 ans. Deux accouchements antérieurs spontanés d'enfants morts. Présentation de l'épaule droite dorso-antérieure. Avant l'intervention, membranes rompues prématurément. Procidence du cordon. Liquide verdâtre. Ralentissement des bruits du cœur. Abaissement du bras droit procident. Lacs. Dilatation manuelle. Introduction de la main droite. Saisie du pied droit antérieur. Evolution facile. Lacs qui abaissent le bras droit. Extraction de la tête un peu difficile à cause de la rétraction du col. Délivrance naturelle. Enfant de 3030 grammes, né en état de mort apparente, ranimé. Mort quatre jours après de broncho-pneumonie. Après l'intervention, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIII. — C. 1009, 30 ans. Multipare. Bassin normal. Gémellaire. Premier enfant. Sommet O.I.G.A. Deuxième fœtus placé transversalement au-dessus du premier. Avant l'intervention, impossibilité de faire évoluer le deuxième fœtus par la version par manœuvres externes. Poche des eaux volumineuse, membres dans les membranes. Accouchement spontané du premier fœtus de 2.250 grammes, né en bon état. Pour le deuxième, rupture artificielle des membranes. Introduction de la main gauche, saisie du pied droit antérieur. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant de 1.950 grammes en bon état. Etat de la mère après délivrance, bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV. — D. 3. 29 ans. IV pare. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche. Dos en avant. Procidence du cordon. Excès de liquide, battements lents et irréguliers avant l'intervention. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche. Application d'unlaes. Dégagement facile du siège et du tronc. Rétraction du col sur le cou. Extraction facile de la tête. Délivrance naturelle. Enfant de 2.280 grammes. Mort né. Etat de la mère après délivrance, bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV. — D. 206. 28 ans. Quatre accouchements antérieurs à 6, 7 et 8 mois. Bassin normal. Présentation de l'épaule en A.I.D., dos en arrière. Avant l'intervention, procidence du bras droit. Dilatation d'une paume de main. Epaule non engagée. Membranes intactes. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit. Laes sur la main. Extraction et évolution pénible par rétraction de l'anneau

de Bandl. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2330 grammes, né en état de mort apparente, puis ranimé. Sort en bon-état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI. — D. 794. 33 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule droite dorso-postérieure. Avant l'intervention épaule engagée, membranes rompues. Bras droit hors la vulve. Pas de bruits du cœur. Pose d'un lacs sur le bras droit. Saisie du pied gauche. Evolution et extraction facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle incomplète. Curettage. Enfant mort de 2610 grammes. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVII. — D. 963. 34 ans. 7 accouchements antérieurs à terme, 3 avortements de 3 mois. Bassin normal. Présentation de l'épaule dorso-postérieure. Avant l'intervention pas de bruits du cœur. Lenteur du travail. Extraction facile pour le tronc ; difficile pour la tête par contracture de l'orifice utérin. Délivrance artificielle. Enfant macéré du poids de 1,370 grammes. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII. — D. 100, 21 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule en A. I. O. A. Avant l'intervention, utérus vide de liquide amniotique. Accouchement prématuré. Bruits du cœur bons. Procidence d'une main. Introduction de la main droite. Saisie des pieds. Evolution en sens inverse. Dégagement de la tête en D. S. Souffrance du fœtus, Délivrance artificielle. Enfant de 1940 grammes avec quelques

battements, ne peut être ranimé. Etat de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX. — D. 1057. 30 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule D. A. Dos en avant. Tentative de version externe, avant intervention. Contractions subintrantes. Poche des eaux volumineuse. Saisie du pied postérieur. Evolution rapide. La fesse gauche s'arrête à cheval sur la symphyse. Transformation du pied gauche en pied antérieur. Rotation facile. Extraction de la tête facile. Délivrance naturelle. Poids de l'enfant extrait en bon état. 4050 grammes. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XX. — E. 156. 23 ans. Primipare. Bassin normal. Grossesse gémellaire. Premier enfant se présentant par le siège, accouchement spontané. Poids 1920 grammes, mis en couveuse. Mort. Deuxième enfant, présentation de l'épaule droite. Avant intervention rupture artificielle des membranes. Proci-dence de la main droite. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche. Tractions sur ce pied sans résultat. Réintroduction de la main droite et essai infructueux de saisie de l'autre pied. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit postérieur. Extraction rapide de l'enfant. Délivrance naturelle. Poids 2050 gr. Mort. Etat après délivrance bon, mais déchirure du périnée. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXI. — E. 185. Grossesse gémellaire. Premier sommet, accouchement spontané d'un enfant de 1100 grammes, débile, mort peu après. Deuxième présentation de l'épaule gauche en D. A. Rupture artificielle des membranes. Saisies du pied droit

postérieur. Extraction facile de l'enfant. Délivrance naturelle. Enfant de 1100 grammes, débile, mort peu après. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXII. — E. 871, 35 ans, deux grossesses à terme. Bassin normal. Présentation de l'épaule en D. A.

Rupture naturelle des membranes. Abaissement du bras gauche. Pose d'un lacs. Saisie du pied gauche. Abaissement du pied gauche. Pose d'un lacs. Abaissement du pied droit. Extraction facile du siège et du tronc. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2500 grammes en état de mort apparente, ranimé. Bon état à la sortie. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIII. — E. 961, 31 ans. Secondipare. Bassin normal, grossesse gémellaire. Premier enfant présentation du sommet, accouchement, spontané d'un enfant de 1140 grammes, débile, deuxième enfant, présentation de l'épaule. Rupture spontanée de la poche des eaux. Procidence d'une main. Saisie du pied postérieur. Transformation en pied antérieur. Extraction de l'enfant facile. Délivrance naturelle. Enfant de 1450 grammes, débile. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIV. — E. 1269, 23 ans. Multipare. Bassin normal, Grossesse gémellaire : premier enfant siège décomplété, mode des fesses, 1680 grammes ; deuxième enfant présentation de l'épaule droite. Contractions faibles, dilatation complète avant intervention. Rupture artificielle des membranes. Abaissement du bras droit. Lacs. Saisie du pied droit. Evolution impossi-

ble. Introduction de la main gauche et saisie du pied gauche le long de la paroi antérieure. Evolution alors facile. Extraction facile. Délivrance naturelle. Enfant de 2180 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suite de couches pathologiques.

OBSERVATION XXV. — E. 1531. Secondipare. Présentation de l'épaule droite en A. I. D. P. avant intervention, procidence d'un bras. Introduction de la main droite. Lacs sur le bras prolabé. Abaissement du deuxième bras. Nouveau lacs. Abaissement du pied droit. Réduction d'une procidence du cordon. Evolution et engagement de l'enfant facile. Extraction du siège. Anse du cordon. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance spontanée. Enfant de 3125 grammes en état de mort apparente ranimé. En bon état à la sortie. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVI. — F. 89. 25 ans. Deux grossesses antérieures. Présentation de l'épaule droite, dos en arrière. Avant intervention dilatation complète. Poche des eaux rompues. Abaissement de la main droite à la vulve. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit. Lacs. Saisie du pied antérieur. Refoulement de la tête en haut. Dégagement facile du siège, sacrum à gauche. Anse au cordon. Bras gauche antérieur relevé, transformé en bras postérieur. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3125 grammes né en bon état, sort en bon état. Bon état de la mère, déchirure du périnée. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVII. — F. 142. 21 ans. Primipare. Bassin normal. Grossesse gémellaire. Premier enfant, présentation du sommet, poids, 2350-gr., en bon état. Deuxième enfant, présentation de l'épaule. Avant l'intervention, utérus contracté; rupture artificielle des membranes. Procidence de la main droite. Lacs. Fortes tractions sur le tronc. Anse au cordon. Elévation des membres supérieurs. Manœuvre de Pajot difficile. Fracture de l'humérus. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3280 gr., ranimé, sort en bon état. Frisson de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXVIII. — F. 392, 39 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule. Hydramnios. Procidence du bras. Lacs sur la main gauche. Recherche et abaissement du pied antérieur. Extraction facile du siège et des épaules. Tête retenue au détroit supérieur. Rétraction de l'anneau de Bandl. Plusieurs essais de forceps. Mort du fœtus. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Poids, 3500 grammes. Enfant mort. Rupture utérine. Laparotomie. Mort de la mère.

OBSERVATION XXIX. — F. 517, 38 ans. Cinq enfants à terme, trois spontanément d'après version. Bassin normal. Présentation de l'épaule A. I. G., dos en arrière. Liquide amniotique teinté de sang. Bras amené à la vulve. Lacs. Abaissement du pied gauche. Recherche du deuxième pied impossible par rétraction de l'anneau de Bandl. Abaissement de ce pied après plusieurs tentatives. Plus de battement du cordon. Extraction facile du tronc. Abaissement du bras droit après rotation du tronc, de la droite vers la gauche. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3295 grammes ranimé, sort en

bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXX. — F. 1233, 29 ans. Primipare. Bassin normal. Grossesse gémellaire. Premier enfant, sommet 1400 grammes, en assez bon état à la sortie. Deuxième enfant, présentation de l'épaule. Membranes rompues. La main va à la recherche des pieds. Extraction de l'enfant facile. Délivrance naturelle. Enfant de 1850 grammes, né étonné, ranimé et sort en bon état. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXI. — F. 1234. Multipare, 27 ans. Bassin normal. Epaule au détroit supérieur en A. I. G. P., procidence du cordon. Introduction de la main gauche. Refoulement du cordon. Recherche du pied gauche. Tractions. Abaissement et dégagement du siège. Dégagement facile du tronc. Dégagement du bras postérieur, puis du bras antérieur. Manœuvre de Mauriceau facile. Délivrance naturelle. Enfant de 3100 grammes, naît et sort en bon état. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXII. — F. 1345. Multipare, 25 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche A. I. D. Difficultés pour atteindre les pieds et refouler l'épaule. Saisie et abaissement du pied antérieur. Laes. Dégagement du deuxième pied et du tronc. Anse au cordon. Dégagement facile des bras. Manœuvre de Mauriceau et expression frontale. Délivrance naturelle. Enfant du poids de 3100 grammes, naît en état de mort apparente, ranimé, en bon état à la sortie. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXIII. — F. 1464. Primipare, 21 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule droite A. I. D. P. dos en arrière. Souffrance^e du fœtus avant l'intervention. Ballon de Champetier. Rupture des membranes. Ecoulement teinté de méconium. Abaissement du bras droit. Abaissement du pied postérieur qui est transformé en pied antérieur. Anse au cordon. Dégagement facile des bras. Manœuvre de Mauriceau. Extraction facile de la tête. Délivrance naturelle. Enfant 2800 grammes, en état de mort apparente, ne peut être ranimé. Après délivrance bon état de la mère. Suite de couches normales.

OBSERVATION XXXIV. — F. 1487. Multipare, 34 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Placenta inséré sur le segment inférieur. Saisie et abaissement du pied antérieur. Abaissement du deuxième pied. Dégagement du tronc. Anse au cordon. Difficulté assez grande pour l'abaissement des bras. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau et l'expression frontale. Délivrance artificielle. Enfant de 2950 grammes, en état de mort apparente. Facilement ranimé. En bon état à la sortie. Après délivrance déchirure du col. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXV. — F. 1549, 41 ans, 12 grossesses antérieures, 8 accouchements avant terme. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. D. Dos en avant. Avant l'intervention bruits du cœur bons. Tentatives infructueuses pour ramener le siège ou le sommet au détroit supérieur. Ballon de Champetier. Recherche et abaissement du pied antérieur facile. Légère rétraction de l'anneau de Bandl. Recherche du

pied postérieur. Anse au cordon. Tractions et dégagement du siège et du tronc. Dégagement des membres supérieurs. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 1850 grammes. Né et sorti en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVI. — G. 8. Multipare, 32 ans. Présentation de l'épaule droite A. I. G. A. Ecoulement de liquide légèrement verdâtre. La main introduite ramène les pieds l'un après l'autre. Evolution facile. Extraction du tronc rapide. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 4550 grammes en état de mort apparente. Ranimé, sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVII. — G 37 ans. Multipare. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A.I.G.A. avant intervention procidence du cordon, état de souffrance de l'enfant. Dilatation manuelle. Extraction du siège et du tronc assez facile. Rétraction de l'anneau de Bandl. Difficultés pour extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau.

Délivrance artificielle. Enfant de 3850 grammes en état de mort apparente, ranimé. Meurt peu après. Après délivrance état médiocre de la mère. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXXVIII. — G 231, 41 ans. Huit grossesses antérieures, dont deux accouchements par la face, un siège et une épaule. Bassin normal. Epaule gauche dos en avant. Introduction de la main gauche. Recherche et saisie du pied antérieur puis du postérieur. Tractions fortes en bas et en avant.

Anse au cordon. Dégagement des bras relevés. Manœuvre de Pajot. Extraction de la tête dernière extrêmement pénible par la manœuvre de Mauriceau, par suite de rétraction de l'anneau de Bandl. Délivrance naturelle, enfant de 2550 grammes mort. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXIX. — G 394. Primipare 21 ans. Bassin normal, grossesse gémellaire, siège complet en S.I.G.P. accouchement spontané. 1650 grammes, débile. Deuxième épaule mobile gauche A.I.D. Procidence du cordon. Rupture artificielle de la poche des eaux. Recherche des pieds. Tractions en bas et en avant. Anse au cordon. Dégagement des bras. Extraction facile. Délivrance naturelle. Enfant de 1600 grammes. Enfant débile sort en assez bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XL. — G 574. Multipare, 33 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche dorso-postérieure A.I.G. Procidence du cordon et d'une main. Recherche et abaissement du pied antérieur puis du pied postérieur. Tractions en bas. Abaissement du bras antérieur relevé. Abaissement du bras postérieur après avoir relevé fortement le fœtus. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant étonné, puis ranimé, du poids de 3300 grammes, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLI. — G 614. Secondipare, 25 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule A.I.G.A. dorso-antérieure. Ballon de Champetier. Recherche et abaissement du pied antérieur. Tractions en bas. Anse au cordon. Dégagement facile des

bras. Rétraction de l'anneau de Bandl. Difficultés pour extraire la tête. Délivrance artificielle. Enfant du poids de 3000 grammes ranimé. Bon à la sortie. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLII. — G. 617. Multipare, 36 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A. I. G. dorso-postérieure. Procidence du cordon. Souffrance du fœtus. Introduction de la main gauche. Saisie et abaissement du pied droit. Evolution facile du fœtus. Anse au cordon qui ne bat plus après extraction facile du siège et des épaules. Rétraction de l'anneau de Bandl. Tractions sur les épaules et refoulement difficile de l'anneau. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant mort, du poids de 2150 grammes. Après délivrance crises de convulsions éclamptiques. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLIII. — G. 666. Multipare, 36 ans. Epaule droite en A. I. D. dorso-postérieure. Procidence du cordon et du pied gauche et du bras droit. Etat général mauvais. Pouls petit, rapide, état de choc, yeux cernés. Plusieurs tentatives infructueuses de version en ville. Laes sur les deux membres procidents. Saisie du pied et tractions. Dégagement de la hanche antérieure, puis de la postérieure. Dégagement facile du tronc. Abaissement du bras postérieur, puis de l'antérieur. Dégagement facile de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance non faite. Enfant mort, 3325 grammes. Etat dyspnéique de la malade. Pouls petit, rapide, imperceptible. Rupture de l'utérus au niveau du segment inférieur. Mort.

OBSERVATION XLIV. — G. 1103. Multipare, 28 ans. Présentation de l'épaule droite, dos en avant. Accouchement à 8 m. 1/2,

hydrocéphalie. Rupture de la poche des eaux, utérus dur et rétracté. Bruits du cœur bons. La main pénètre difficilement, serrée entre la paroi antérieure de l'utérus et la partie fœtale. Au fond de l'utérus et à gauche saisie d'un pied. Evolution lente et difficile. Après un léger craquement l'évolution se fait rapidement et le pied droit est ramené à la vulve qui est en arrière. On transforme en pied antérieur, tractions très en bas. Le siège est abaissé. Abaissement des bras sans difficulté. La tête est restée élevée et ne descend pas malgré les tractions énergiques. Pas de battements du cordon. Quelques mouvements d'inspiration du fœtus. Diagnostic de l'hydrocéphalie. Application d'un perforateur. Ecoulement de liquide céphalo-rachidien abondant. Expulsion facile de la tête. Délivrance artificielle. Enfant hydrocéphale, 2770 grammes, ayant la main droite sans pousse, une imperforation de l'anus et pas d'oreille droite : Bon état de la mère, suites de couches normales.

OBSERVATION XLV. — G. 1117. Multipare, 36 ans. Bassin normal. Gémellaire. Accouchement spontané du premier enfant pesant 3350 grammes. Présentation de l'épaule du deuxième enfant. Main droite hors du vagin. Utérus dur et contracté. La main droite est introduite, arrive au fond de l'utérus, à gauche on sent un genou, en mettant la main en crochet on abaisse facilement le membre inférieur à la vulve. Evolution facile, extraction rapide. Délivrance naturelle, enfant 3300 grammes, en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLVI. — G. 1158. Multipare, 42 ans, 1 grossesse antérieure dont une gémellaire et une présentation de l'épaule

terminée par version. Bassin normal. Présentation de l'épaule. Hémorrhagie assez abondante. Procidence du bras droit. Introduction de la main droite dans l'utérus. Saisie au fond et à droite du pied qu'on abaisse. C'est le pied gauche postérieur. Evolution du fœtus qui est à cheval sur le cordon enserrant une cuisse qui est dégagée. Dégagement du siège, puis de l'épaule droite postérieure, enfin de l'épaule gauche. Tractions. La tête ne descend pas. Avec la main droite à cheval sur le cou et un doigt de la main gauche dans la bouche du fœtus, on fait des tractions énergiques. La tête descend brusquement. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 3450 gr. ranimé. En bon état à la sortie, mais avec paralysie radiculaire. Après délivrance assez bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLVII. — G. 1336. Multipare, 35 ans. Bassin normal. Présentation de l'épaule A. I. G., dos en avant. Accouchement prématuré, 7 mois. Rupture artificielle des membranes. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche antérieur. Tractions en bas. Dégagement du pied droit, du siège et des bras facile. Un peu de rétraction du col sur le cou du fœtus. Extraction facile.

Présentation de l'épaule avec rétrécissement du bassin.

OBSERVATION I. — A 380 : Primipare 18 ans. Angle accessible. Présentation de l'épaule gauche. Membranes rompues depuis cinq heures. Epaule gauche élevée. Procidence du cordon avec battements. Ballon Champetier. Dilatation de 1 franc. La main gauche saisit le pied supérieur, le pied droit étant abaissé à la vulve. Un lacs placé au préalable sur le poignet gauche procident, on essaie de repousser la partie fœtale. Abaissement des bras en commençant par le postérieur. Les battements du cordon cessent au cours de l'extraction. Manœuvre de Mauriceau après avoir fait la rotation de gauche à droite, le menton étant venu s'appuyer sur la symphyse pubienne. Délivrance naturelle. Enfant de 3670 gr., mort. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION II. — B. 236. Secondipare, 28 ans. Angle accessible. Epaule gauche en A. I. D., dos en avant. Rupture prématurée des membranes, bras à la vulve. Tentatives de version en ville. Utérus contracté. Epaule engagée. Bruits du cœur sourds et irréguliers. Utérus rétracté. Introduction de la main gauche. Saisie du pied gauche pied antérieur. Evolution rendue

difficile par la rétraction de l'anneau de Bandl. Dégagement du bras procident puis du bras droit par un mouvement de rotation du fœtus de gauche à droite. Extraction de la tête. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance spontanée. Enfant de 2730 grammes sans battements du cœur non ranimé. Bon état de la mère. Suites de couches pathologiques pendant deux jours.

OBSERVATION III. — B. 595. Multipare, 32 ans. Diamètre P. S. P. 10,2. Epaule gauche en A. I. G. dorso-postérieure. Tentatives de version en ville. Main et bras gauches à la vulve. Ecoulement de méconium. Introduction de la main gauche. Saisie du genou gauche, puis du pied gauche au niveau du pubis et évolution. Lacs sur le membre supérieur procident et sur le pied. Extraction assez rapide des membres inférieurs et du tronc. Extraction difficile de la tête. Manœuvre de Mauriceau. Enfant de 2950 grammes, né étouffé, ranimé. Sort en bon état, 3050 grammes. Bon état de la mère. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION IV. — B. 639. 26 ans. Un accouchement antérieur sous chloroforme; enfant mort-né. Diamètre P. S. P. 10,5. Présentation de l'épaule gauche en A. I. G. dorso-postérieure. Rupture artificielle des membranes. Bras procident. Ralentissement des bruits du cœur avant l'intervention. Membranes rompues, contractions utérines. Introduction de la main gauche le long du bras procident et du plan antérieur du fœtus. Tête repoussée à gauche. Pied gauche amené à la vulve. Evolution. Extraction facile. Expression de la tête et manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant mort de 1100 grammes. Etat de la mère bon après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION V. — B. 911. Multipare, 33 ans. Deux accouchements provoqués dont 1 forceps, 1 gémellaire avec forceps. Diamètre P. S. P., 9 cent. 2 sans déduction. Faux promontoire 8,2 sans déduction. Grossesse gémellaire : Premier fœtus, épaule droite en A. I. D., dos en avant. Deuxième fœtus, épaule droite en A. I. D., dos en arrière. Membranes rompues. Ballon Champetier. Introduction de la main droite, saisie du pied droit antérieur. Evolution facile. Manœuvre de Champetier et de Mauriceau faciles. Deuxième fœtus ; saisie du pied postérieur transformé en pied antérieur. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Premier enfant, 2520 gr., né en état de mort apparente, non ranimé. Enfoncement du pariétal droit. Deuxième enfant né étonné, enfoncement du pariétal gauche non ranimé. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI. — B. 1122. Multipare, 31 ans. Sept accouchements antérieurs. Diamètre P. S. P. 11 centimètres. Grossesse gémellaire, premier enfant sommet O. I. D. P. Accouchement spontané. Deuxième présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Délivrance naturelle : Enfant 2500 grammes naît et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII. — C. 1288. Multipare, 39 ans. Six accouchements dont deux à 7 cent. 1/2. Angle accessible. Présentation de l'épaule A. I. D. dos en avant. Ecoulement sanguin, dilatation complète à son arrivée. Bras procident dans les membranes. Introduction de la main droite. Saisie du pied droit, évolution facile. Extraction facile. Délivrance naturelle. Enfant

de 3350 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII. — C. 1290. Multipare, 27 ans. Diamètre P. S. P. 10,5. Epaule droite A. I. D. Membranes rompues. Epaule engagée. Main droite à la vulve. Epaule fixée au détroit supérieur. Abaissement du pied droit. Laes sur la main droite. Abaissement du siège. Pied droit postérieur transformé en pied antérieur. Rotation faite sans difficultés. Extraction facile des épaules. Manœuvre de Champetier. Tractions très fortes sur les épaules. Délivrance naturelle. Enfant de 3.950 grammes en état de mort apparente non ranimé. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales

OBSERVATION IX. — D. 33. Multipare, deux à termes dont une épaule, une fausse couche de cinq mois. Diamètre P. S. P. 10 centimètres sans réduction. Epaule non engagée en A. I. G. Procidence du bras gauche. Après une tentative infructueuse, réduction du bras gauche. Introduction d'un ballon de Champetier de Ribes de 600 grammes. Abaissement du pied antérieur droit puis du pied postérieur. Laes sur la main procidente. Bras gauche abaissé par traction sur le laes. Dégagement de la tête par la manœuvre de Champetier qui se fait facilement. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2.600 grammes en état de mort apparente ranimé. Sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION X. — D. 87. Multipare, 34 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 4. Présentation de l'épaule gauche.

Bras gauche procident dans le vagin. Cordon procident. Utérus contracté. Tête serrée par l'anneau de Bandl. Ballon de Champetier. Lacs sur le membre procident. Introduction de la main droite. Contracture de l'anneau de Bandl. Evolution et extraction du siège et du tronc faciles. Dégagement de la tête par la manœuvre de Champetier et de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant du poids de 3.220 grammes, en état de mort apparente, ranimé. Léger enfoncement à la partie intéro-supérieure du pariétal gauche. Sort en bon état après délivrance, hémorrhagie assez abondante. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XI. — D. 159. Multipare, 27 ans. Cinq accouchements à terme, dont quatre siège. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 centimètres sans réduction. Présentation de l'épaule droite en A. I. G., dos en avant. Dilatation complète à son arrivée. Procidence de la main droite. Introduction de la main droite. Abaissement du pied droit. Lacs sur la main droite. Extraction du siège en sacro-iliaque droite. Extraction de la tête après manœuvres de Champetier et de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2.580 grammes en état de mort apparente, ranimé et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII. — L. 442. Multipare, 26 ans. Trois accouchements antérieurs dont 2 par version. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 3, sans réduction. Présentation de l'épaule droite en A. I. D., dos en avant. Accouchement provoqué : huit mois trois semaines. Poche des eaux volumineuse. Procidence du cordon. Ballon de Champetier. Saisie du pied gauche. Evolution et extraction du fœtus facile. Délivrance

naturelle. Enfant de 2600 grammes, étonné, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIII. — F. 346. Multipare, 28 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10. Présentation de l'épaule. Rupture artificielle des membranes. Ecoulement d'un liquide citrin. Saisie de la main gauche qui est en bas. Saisie facile du pied gauche. Tractions sur le pied. Engagement facile du siège. Lacs sur le bras gauche. Dégagement facile des bras. Extraction de la tête par traction sur le menton. Délivrance naturelle. Enfant de 2480 grammes, naît et sort en bon état. Après délivrance, bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV. — E. 429. Multipare, 26 ans. Promontoire accessible. Présentation de l'épaule en A. I. G. A. Ballon de Champetier. Bras gauche à la vulve. Pose d'un lac. Abaissement du pied gauche, puis du pied droit. Dégagement du siège facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3000 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV. — E. 932. Multipare, 34 ans. Bassin rétréci, 10 centimètres sans réduction de P. S. P. Présentation de l'épaule droite en A. I. G., dos en avant. Pas d'engagement, lenteur du travail, contractions faibles. Bougies de Hégar. Ecarteur Tarnier. Provocation de l'accouchement à 7 m. 1/2. Avant intervention bruits du cœur affaiblis. Ballon de Champetier. Abaissement du bras gauche. Lacs. Introduction de la main droite et saisie du pied droit. Battements du

cœur non perçus. Extraction de l'enfant difficile. Délivrance artificielle. Enfant 2500 grammes. Mort. Etat assez bon de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVI. — F. 810. Secondipare. Bassin rétréci. Présentation épaule droite, dos en arrière. Rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide amniotique verdâtre. Introduction de la main droite. Abaissement du pied gauche, puis du pied droit. Tractions lentes et progressives sur les deux membres. Extraction facile du fœtus. Délivrance artificielle. Enfant, 1590 grammes, mort et macéré. Rétention de toutes les membranes. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVII. — F. 1502. Multipare. Bassin rétréci. Présentation de l'épaule, dos en arrière pour le deuxième enfant. Premier enfant sommet en D. P., accouchement spontané. Rupture artificielle des membranes. Abaissement des pieds. Anse au cordon. Dégagement facile du tronc et des deux bras. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2800 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII. — G. 626. Multipare, 32 ans, Bassin rétréci, D. P. S. P., 11 centimètres. Présentation de l'épaule droite en A. I. D. P. dorso-postérieure. Procidence d'un bras. Lacs sur le poignet droit procident. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche difficile. Tractions énergiques pour abaisser le pied. Evolution lente. Extraction facile. Délivrance artificielle. Enfant de 3100 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Après délivrance, état de la mère bon. Suites de couches normales.

Versions dans rétrécissement du bassin.

OBSERVATION I. — A. 127. Primipare, 18 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10,2. Sommet élevé en G. A. Lenteur du travail, partie fœtale élevée. Ballon de Champetier. Version par manœuvres internes à la dilatation complète. Saisie du pied antérieur puis du pied postérieur. Evolution facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2.630 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION II. — A. 184. Multipare de 29 ans. Quatre accouchements antérieurs spontanés à terme. Angle accessible. Sommet élevé. Ralentissement des bruits du cœur fœtal. Rupture artificielle des membranes. Evolution facile aidée par le déplacement de la tête de bas en haut par manœuvres externes. Extraction facile. Section du cordon qui décrit un circulaire autour du cou. Délivrance spontanée. Enfant de 3.040 grammes, naît et sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — A. 670. Multipare, 32 ans. Un for-
ceps. Un accouchement spontané à 7 m. 1/2. Angle accessible. Sommet en D. T. avec synclitisme postérieur. Rétropulsion du cordon. Saisie du pied droit, pied postérieur. Evo-

lution facile. Le pied droit postérieur est transformé en antérieur. Manœuvre de Champetier. Délivrance naturelle. Enfant de 3.550 gr., né étonné, ranimé. Léger décollement à la partie extérieure de la clavicule, sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV. — A. 671. Multipare, 42 ans. Huit accouchements spontanés à terme, deux forceps. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 11,5. Sommet élevé en O. I. G. Rupture prématurée des membranes. Lenteur du travail. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Abaissement du pied antérieur. Evolution, extraction facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2.490 grammes en état de mort apparente, ranimé. Mort deux heures après. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION V. — A. 813. Multipare, 28 ans. Un accouchement à terme, deux à 8 mois dont un avec forceps. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10, 5. Sommet non engagé en D. T. Hydramnios. Lenteur du travail. Bruits du cœur sourds. Liquide amniotique teinté de méconium. Procidence du cordon et d'un bras. Introduction de la sonde de Krause, d'un ballon de Champetier. Rupture artificielle des membranes. Saisie du pied postérieur, transformé pendant l'évolution du fœtus en pied antérieur. Dégagement des bras facile. Manœuvre de Champetier. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle pour hémorrhagie. Enfant de 4.230 grammes, né en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état, 4.260 grammes. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI. — B. 318. Multipare, 36 ans, cinq accouchements à terme dont un forceps, une version, deux spontanés, un siège. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 2 sans déduction. Présentation du sommet en O. I. D. Deuxième enfant sommet en O. I. G. A. Inertie utérine après deux heures et demie d'expulsion, tête au détroit supérieur avec asynclitisme postérieur très prononcé. Premier enfant, accouchement spontané. Le deuxième version par manœuvres internes. Saisie du pied postérieur, puis de l'antérieur. Evolution lente et difficile. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance spontanée. Premier enfant 2.110 grammes, mort le cinquième jour. Le deuxième enfant, 2.540 grammes, naît étonné, et ranimé sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII. — B. 339. Secondipare, 27 ans. Premier accouchement forceps. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 3 sans déduction. Sommet en O. I. D. mobile. Lenteur du travail. Pas de bruits du cœur. Ballon de Champetier. Rupture artificielle des membranes. Version par manœuvres internes. Extraction rapide. Délivrance naturelle. Enfant de 2,800 grammes. Naît en bon état. Fracture sous-périostée du bras droit. Sort en bon état, 2.750 grammes. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII. — B. 581. Primipare, 22 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 5. Présentation du sommet au détroit supérieur avec asynclitisme postérieur. Liquide amniotique teinté de méconium. Battements du cœur lents. Ballon de Champetier et dilatation manuelle. Introduction de la

main gauche. Saisie facile du pied droit. Evolution très facile. Passage laborieux de la tête au détroit supérieur. Pressions fortes. Tractions sur le menton et les épaules. Délivrance naturelle. Enfant de 3.300 grammes, étonné et ranimé, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION IX. — B. 780. Multipare, 32 ans. Trois épaules terminées par version. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10 c. 6. Fœtus très mobile placé transversalement. Version par manœuvres externes. Tête maintenue au détroit supérieur par un bandage, travail lent. Au moment de l'intervention, fœtus toujours mobile. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche, saisie des pieds qui sont à gauche. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant de 2.600 grammes, né étonné, ranimé. Sort en bon état, 2.400 grammes. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION X. — B. 868. Multipare, 25 ans. Trois accouchements antérieurs dont un à 8 mois avec forceps, un à 8 mois spontané. Un avortement de trois mois. Bassin avec spondilolisthesis. Tête dans la fosse iliaque droite. Liquide verdâtre. Bruits du cœur précipités. Non engagement de la partie foetale. Rupture artificielle des membranes. Version. Introduction de la main gauche. Saisie du genou gauche postérieur. Evolution facile. Bras postérieur dégagé le premier. Expression sur la tête, tractions sur le maxillaire inférieur. Extraction facile. Délivrance artificielle. Enfant 2950 grammes, mort. Après délivrance état de la mère bon. Suites de couches normales.

OBSERVATION XI. — B. 1127. Multipare, 26 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 11 cent. 5. Sommet en D. P. avec procidence d'un bras. Hémorrhagie. Pas de battements du cœur. Saisie du pied droit antérieur. Evolution facile. Manœuvres de Champetier et de Mauriceau. Délivrance spontanée. Enfant 3030 grammes, macéré. Après délivrance mère anémiée, pâle, état syncopal. Elévation de température pendant les quatre premiers jours.

OBSERVATION XII. — B. 1191. Primipare, 21 ans. Bassin rétréci, diamètre P. S. P. 10,5. Front élevé en I. G. T. Ecoulement d'un liquide verdâtre. Contractions subintrantes. Intermittences dans les bruits du cœur. Tête défléchie au détroit supérieur. Ralentissement des bruits du cœur au moment de l'intervention. Manœuvre de Schatz. Tentatives de forceps. Introduction de la main droite. Saisie du pied postérieur pied droit. Lacs. Evolution de gauche à droite. Extraction facile du siège et des épaules. Circulaire serré autour du cou et du tronc. Manœuvre de Champetier. Basiotripsie, tête dernière sur enfant mort. Délivrance naturelle. Enfant de 3800 grammes. Mort. Fractures de l'humérus. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIII. — B. 1360. Multipare, 27 ans. Bassin rétréci, diamètre P. S. P. 9,5. Sommet en G. A. Rupture prématurée des membranes. Procidence d'une main, du cordon. Ralentissement des bruits du cœur. Tête au-dessus du détroit supérieur. Dilatation manuelle. Evolution et extraction faciles et rapides. Délivrance naturelle. Enfant 2930 grammes, né en état de mort apparente, ranimé. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV. — C. 17. Secondipare, 25 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10,3. Sommet fuyant dans la fosse iliaque droite. Procidence d'une main. Lenteur du travail. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Tête refoulée en haut, ainsi que la main procidente. Saisie du pied gauche postérieur. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant 3180 grammes, naît en bon état avec dépression légère au niveau des temporaux. Sort en bon état, 3725 grammes. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV. — C. 51. Multipare, 41 ans. Six accouchements, une symphyséotomie. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10,4. Tête au détroit supérieur en G. Dilatation complète. Tête élevée. Liquide verdâtre. Introduction de la main gauche. Tête refoulée. Saisie du pied droit. Extraction du siège difficile, l'enfant étant à cheval sur le cordon. Extraction du tronc et de la tête facile. Délivrance artificielle. Enfant de 3620 grammes, né étonné, ranimé. Sort en bon état, 3750 grammes. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI. — C. 166. Multipare, 24 ans. Promontoire accessible. Sommet en D. P. au détroit supérieur. Tête élevée. Saisie facile des deux pieds. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant de 3070 grammes en bon état avec légère dépression à l'angle antéro-inférieur du pariétal. Sort en bon état, 4000 grammes. Bon état après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII. — C. 452. Secondipare, 22 ans. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10,5. Sommet avec procidence d'une main, d'un pied, du cordon. Tête élevée avec procidence. Dilatation presque complète. Evolution et extraction faciles et rapides. Délivrance naturelle. Enfant de 3050 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII. — C. 477. Secondipare, 22 ans. Bassin rétréci, diamètre P. S. P. 10,8. Sommet mobile en O. I. G. Sommet mobile à la dilatation complète. Fœtus placé transversalement. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche, évolution facile. Extraction facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2730 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX. — C. 500. Multipare. 30 ans, 4 accouchements à terme dont 1 embryotomie, 1 symphyséotomie, 2 accouchements provoqués avant terme. Bassin rétréci, diamètre P. S. P. 9. 5. Sommet mobile en O. I. G. Accouchement provoqué. Rupture artificielle des membranes. Ballon Champetier. Saisie du pied droit. Extraction très facile. Délivrance artificielle. Enfant de 2330 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XX. — C. 564. Multipare. 46 ans. 4 accouchements antérieurs dont 2 spontanés à terme, 1 forceps, 1 sous chloroforme, enfant mort. Bassin angle accessible. Présentation sommet en O. I. G. A. Lenteur de la période de dilatation.

Rétraction de l'anneau de Bandl. Saisie du pied droit abaissé facilement. Dégagement facile du siège. Tête arrêtée par l'anneau de contraction. Dégagement difficile de cette dernière. Délivrance naturelle. Enfant de 3700 grammes, né en état de mort apparente, non ranimé. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXI. — C. 1051. Multipare. 35 ans. Accouchements antérieurs dont 1 forceps. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 11, 6. Sommet élevé en O. I. G. Procidence du cordon au moment de la rupture des membranes. Introduction de la main gauche, saisie du pied droit antérieur. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant de 3140 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXII. — C. 1476. Multipare. 27 ans. 2 accouchements spontanés à terme, 2 provoqués, 1 forceps, 2 accouchements prématurés. Bassin spondilolisthesis. Sommet mobile. Accouchement provoqué. Ballon Champetier, rupture artificielle des membranes. Evolution et extraction faciles pour le tronc. Pendant l'extraction de la tête qui présente quelques difficultés, l'enfant respire. Délivrance naturelle. Enfant naît et sort en bon état. Poids 2350 grammes. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXIII. — D. 71. Multipare. 38 ans. 4 accouchements dont 1 forceps. Bassin rétréci, diamètre P. S. P. 10, 2 sans réduction. Sommet non engagé en D. Accouchement provoqué à 8 mois. Excès de liquide. Ballon de Champetier. Intro-

duction de la main droite. Lacs sur le pied gauche. Tête arrêtée par l'anneau de Bandl. Abaissement des bras assez difficile. Manœuvres de Champetier et de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3330 grammes, né étonné, ranimé, sort en bon état. Suites de couches pathologiques. Déchirure périnéale et vaginale.

OBSERVATION XXIV. — D. 113. Multipare, 29 ans. Bassin rétréci P. S. P. 10, 6 sans réduction. Sommet mobile en D. P. Tête débordant la symphyse pubienne, élevée. Procidence du cordon. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche. Dégagement facile du siège. Dégagement du tronc et abaissement du bras droit postérieur faciles. Difficultés pour abaisser le bras gauche relevé. Fracture de l'humérus. Engagement de la tête par la manœuvre de Champetier difficile. Délivrance naturelle. Enfant de 2880 grammes en état de mort apparente, ranimé, sort en bon état. Légère déchirure périnéale. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXV. — D. 707. Multipare, 33 ans. Deux accouchements à terme, symphyséotomies, 1 provoqué à 8 mois, 1 à terme basiotripsie, 1 à trois mois. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 9, 3, sans réduction. Sommet mobile au détroit supérieur, O. I. G. A. Accouchement rapide. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Evolution et extraction du tronc faciles. Manœuvres de Champetier et de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2750 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVI. — D. 894. Multipare, 35 ans. Trois accouchements provoqués à 7 et 8 mois, 1 forceps à bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 10, 2. Sommet mobile. D. T. Lenteur du travail, Accouchement provoqué. Avant l'intervention la tête a quitté le détroit supérieur et s'est placée dans le flanc gauche. Ecarteur Tarnier. Deux ballons de Champetier. Saisie du pied postérieur transformé en antérieur. Bruits du cœur ralentis. Extraction rapide du tronc et de la tête. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2420 grammes, naît étonné, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVII. — D. 1004. Secondipare, 28 ans. Promontoire accessible. Sommet en D. P. Procidence du cordon. Battements lents. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Saisie du pied antérieur. Evolution et extraction du tronc et des épaules faciles. Dégagement de la tête par la manœuvre de Mauriceau et expression frontale. Délivrance naturelle. Enfant de 3260 grammes, en état de mort apparente, ranimé au bout de vingt minutes. Sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXVIII. — D. 1023. Multipare, 35. Angle accessible. Sommet O. I. D. P. Au moment de l'intervention dilatation de deux frans; écoulement abondant de méconium. Bruits du cœur bons. Ballon de Champetier. Tractions sur le ballon. Dilatation complète. Introduction de la main droite. Saisie du pied droit. Tractions sur le siège. Délivrance naturelle. Enfant de 2000 grammes. Naît et sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXIX. — D. 1066. Multipare, 31 ans. Deux accouchements à terme dont une symphyséotomie. Bassin rétréci. Diamètre P. S. P. 11, 5 sans réduction. Sommet O.I.G.A. Écoulement d'un liquide verdâtre. Tête fixée au détroit supérieur en G.T. mal fléchi. Essai d'application de forceps. Flexion impossible de la tête. Introduction de la main gauche. Saisie du jarret du membre postérieur qui est la jambe droite. Essai infructueux de déflexion de la jambe droite. Fracture de la jambe. Recherche de la jambe gauche. Extraction facile du tronc. Anse au cordon. Dégagement du bras antérieur, puis du postérieur. Manœuvre de Mauriceau. Extraction facile de la tête. Délivrance artificielle. Enfant de 4050, mort après quelques inspirations. Bon état de la mère après délivrance, avec déchirure du périnée. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXX. — D. 1191. Secondipare, 22 ans. Bassin rétréci, diamètre P.S.P. 10.5. Sommet mobile. Accouchement provoqué. Procidence des deux mains, écoulements de méconium. Bruits du cœur bon. Ballon de Champetier. Réduction infructueuse des deux mains. Saisie du pied gauche. L'évolution ne se fait pas. Tête bloquée au détroit supérieur. Saisie des deux jambes. Ralentissement des bruits du cœur. Extraction en sacro sacrée. Dégagement de la tête face au pubis par la méthode de ventre sur ventre. Délivrance naturelle. Enfant de 2200 grammes, en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Après délivrance bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXI. — D. 1451. Secondipare, 22 ans. Bassin avec faux promontoire sacré, diamètre P.S.P. 10,5.

Sommet en G. Accouchement provoqué à 8 mois. Ballon de Champetier. Evolution et extraction faciles. Délivrance naturelle. Enfant 3420 grammes, étonné, ranimé ; sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXII. — E. 103. Secondipare. 35 ans. Bassin rétréci. Sommet en O.I.G.A. Ecoulement de méconium. Tentative infructueuse d'application de forceps. Rigidité des parties molles. Refoulement de la tête dans la fosse iliaque gauche malgré la rigidité du segment inférieur. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit postérieur. Evolution difficile. Lacs sur le poignet droit. Extraction du bras droit puis du bras gauche. Abaissement de la tête impossible par la manœuvre de Mauriceau. Enfant mort. Décollation et basiotripsie sur la tête dernière. Délivrance artificielle. Enfant de 2775 mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXIII. — E. 222. Secondipare, 33 ans. Bassin cyphotique. Sommet mobile. Défaut d'engagement. Lenteur du travail. Dilatation d'une paume de main. Introduction de la main droite. Saisie du pied droit. Abaissement de ce pied. Saisie du pied gauche. Dégagement du tronc et des épaules. Dégagement et extraction difficiles de la tête. Délivrance naturelle. Enfant de 3400 grammes, étonné, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXV. — E. 1517. Multipare, 35 ans. Bassin rétréci, diamètre P.S.P. 10,5. Sommet mobile au détroit supérieur. Lenteur du travail. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Saisie du bras antérieur. Lacs. Saisie et

abaissement du pied postérieur. Lacs. Extraction et dégagement du siège et du tronc. Transformation du bras antérieur relevé en bras postérieur. Expression frontale et manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 3550 grammes étonné, ranimé, sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XXXV. — E. 1529. Multipare, 30 ans. Première pièce du sacrum accessible. Sommet mobile en G. Ecoulement de liquide amniotique verdâtre. Léger hydramnios. Souffrance de l'enfant. Rupture artificielle des membranes. Tentative d'application de forceps en G.T. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche postérieur puis du pied droit. Evolution facile. Pas de battements du cordon. Abaissement du bras droit puis du gauche. Fractions sur le maxillaire inférieur et sur les épaules. Délivrance artificielle. Enfant de 4050 grammes mort. Etat de la mère peu satisfaisant. Rupture externe. Laparatomie. Mort.

OBSERVATION XXXVI. — F. 66 : Multipare, 39 ans. Trois grossesses, une version. Bassin rétréci, diamètre. P.S.P. 9,5 Sommet mobile en G. Pas d'engagement. Deux ballons de Champetier consécutivement. Rupture des membranes. Introduction de la main gauche. Saisie du pied antérieur. Dégagement du siège en sacro-gauche. Abaissement du bras postérieur. Rupture de la clavicule. Abaissement du bras antérieur. Manœuvre de Champetier. Dégagement facile de la tête. Délivrance naturelle. Enfant de 3.600 grammes naît avec fracture de la clavicule, sort en bon état. Bon état après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVI. — F. 1071. Multipare, 36 ans. Deux accouchements spontanés, une césarienne. Bassin rétréci. Diamètre P.S.P. 9,5. Sommet mobile non engagé. Rupture spontanée des membranes. Bruits du cœur irréguliers. Essai d'application de forceps, accouchement provoqué à huit mois. Ballon de Champetier. Abaissement facile des pieds. Dégagement des bras laborieux. Fracture de l'humérus. Tractions énergiques pour le dégagement de la tête qui est difficile à cause de la disproportion entre la tête et le bassin. Délivrance artificielle. Enfant de 2.530 grammes en état de mort apparente ranimé. Fracture de l'humérus. Sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXVIII. — F. 1202. Multipare, 35 ans. Bassin aplati du côté droit par fracture. Présentation du front pas d'engagement. Bosse séro-sanguine énorme. Abaissement d'un pied. Lacs. Tractions inutiles sur ce pied. Recherche difficile de l'autre pied. Dégagement du siège et du tronc pénible par tractions. Abaissement difficile du bras postérieur. Manœuvre de Mauriceau pénible. Délivrance naturelle. Enfant de 3.475 gr. Mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XXXIX. — G. 51. Multipare, 33 ans. Trois grossesses à terme dont une symphyséotomie et un accouchement artificiel. Bassin rétréci. Diamètre P.S.P. 9,5. Sommet en G.A. non engagé. Tête au détroit supérieur en D.T. Avant l'intervention quatre essais d'application de forceps infructueux ; après ballons de Tarnier et de Champetier. Version assez facile. Délivrance naturelle. Enfant de 3.800 grammes.

Mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XL. — G. 147. Primipare. Bassin aplati et rétréci. Coxalgie. Sommet mobile en gauche au détroit supérieur non engagé. Ballons de Tarnier et de Champetier. Procidence du cordon difficilement réduite. Dégagement des épaules et de la tête très difficile. Délivrance artificielle. Enfant 2400 grammes, mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLI. — G. 155. Primipare, 32 ans. Bassin rétréci, diamètre P.S.P. 11. Sommet mobile. Pas de progression dans l'engagement ; bruits du cœur lents. Essais infructueux de forceps. Procidence du cordon. Refoulement de la tête, version. Dégagement des bras assez difficile. Dégagement et extraction de la tête assez laborieux. Délivrance artificielle. Enfant de 3500, mort, avec enfoncement du pariétal. Déchirure presque complète du périnée. Suite de couches normales.

OBSERVATION XLII. — G. 721. Multipare, 36 ans, 1 forceps, 1 symphyséotomie, 5 enfants morts. Bassin rétréci, diamètre P.S.P. 9, 5. Sommet mobile. Saisie et abaissement difficiles du pied, impossibilité d'abaissement du siège au-dessous de l'anneau de Bandl et de refoulement de la tête au-dessus de l'anneau. Pas de battements du cordon. Craniotomie. Tentative infructueuse d'application du perforateur et de la 1^{re} branche du basiotribe. Version facile. Délivrance artificielle. Enfant de 3325, mort. Déchirures du segment inférieur de l'utérus jusqu'à l'anneau de Bandl. Tanponnement. Pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION XLIII. — G. 763. Multipare, 32 ans. Promontoire accessible P.S.P. : 11. Sommet non engagé. Membranes rompues. Insertion vicieuse du placenta. Mauvais état général de la mère. Syncopes. Bruits du cœur non perçus. Introduction de la main droite jusqu'au fond de l'utérus. Abaissement du pied gauche, pied antérieur. Procidence du cordon qui ne bat pas. Siége retenu quelque temps à l'orifice externe. Extraction rapide du tronc et des bras. Tête arrêtée au détroit supérieur. Manœuvre de Champetier. Extraction rapide de la tête. Délivrance artificielle. Enfant de 3150 gr. Mort. Etat mauvais de la mère. Etat syncopal. Mort.

OBSERVATION XLIV. — G. 1055. Secondipare, 22 ans. Bassin rétréci P.S.P. : 10,2. Sommet. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. Bruits du cœur bons. Contractions énergiques. Ballon de Champetier. Evolution facile. Extraction du tronc facile. Extraction difficile de la tête, bouche derrière la symphyse pubienne. Traction et expression combinées. Délivrance artificielle. Enfant de 2890, mort-né. Etat médiocre de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XLV. — G. 1375. Multipare, 36 ans, 2 grossesses dont 1 par version. Bassin cyphotique, rétrécissement notable du détroit inférieur. Présentation transversale du fœtus. Hydramnios. Ballon de Champetier. Rupture artificielle des membranes. Introduction de la main droite. Saisie du pied antérieur. Relèvement du membre. Dégagement de la hanche postérieure. Dégagement et extraction du tronc. Abaissement des bras. Dégagement de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 3200 grammes en état de

mort apparente ranimé et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

Version dans le placenta prævia.

OBSERVATION I. — A. 682. Secondipare, 20 ans. Bassin normal. Sommet élevé en O.I.G.A. ; placenta prævia marginal. Hémorrhagie abondante. Etat général faible. Ballon de Champetier de 500 grammes. Introduction de la main droite après rupture artificielle des membranes. Saisie des deux pieds. Evolution facile. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2630 grammes étonné, ranimé, mort 15 jours après de broncho-pneumonie. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION II. — B. 242. Multipare, 25 ans, 3 accouchements à terme. Tête filant dans la fosse iliaque gauche. Placenta prævia, hémorrhagies répétées. Etat syncopal. Version mixte. Tête refoulée vers la fosse iliaque gauche. Recherche d'un pied. Rétraction du col sur la tête dernière. Expulsion du placenta en même temps que du fœtus. Enfant de 1530 grammes, mort. Etat de la mère faible après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — B. 250. Multipare, 30 ans. Tête élevée. Placenta prævia. Hémorrhagie abondante. Malade très anémiée. Enfant mort. Introduction de la main gauche, saisie du pied

droit, évolution facile. Extraction du siège, des bras sans difficultés. Perforation du crâne avant la dilatation complète. Délivrance artificielle. Enfant de 3040, moins le cerveau. Mort. Mère avec fièvre après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION IV. — B. 573. Multipare, 26 ans. Sommet mobile en D.T. Placenta prævia. Hémorrhagie. Tête élevée. Hémorrhagie. Procidence du cordon sans battements. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Bras droit procident. Saisie du pied droit, pied postérieur. Rotation qui le rend antérieur. Extraction facile du tronc. Rétraction sur le cou du col. Extraction difficile de la tête. Manœuvre de Mauriceau.

B. 694. (V. présentation épaule).

OBSERVATION V. — D. 198. Secondipare, 29 ans. Bassin normal. Sommet en D.T. Placenta prævia. Hémorrhagies abondantes. Malade anémiée. Sérum. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Traction inguinale pour abaisser le pied postérieur. Extraction du siège en gauche. Extraction pénible de la tête par la manœuvre de Mauriceau par défaut de dilatation du col. Délivrance naturelle. Enfant 2130 grammes. Mort. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI. — D. 599. Multipare, 38 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.D. Placenta prævia. Hémorrhagies. Tête très élevée. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche antérieur. Evolution et extraction du fœtus faciles. Déli-

vrance artificielle. Enfant de 3430 grammes naît et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII. — D. 643. Secondipare, 29 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.G.A. Placenta prævia. Hémorrhagies abondantes. Etat mauvais de l'enfant. Rupture artificielle des membranes. Ecoulement abondant de méconium. Ballon de Champetier. Pied droit antérieur abaissé à la vulve. Extraction rapide de l'enfant. Délivrance naturelle. Enfant de 2720 grammes, ranimé, sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII. — D. 805. Multipare, 39 ans. Bassin normal. Sommet mobile en O.I.G.A. Placenta prævia. Pro-cidence du cordon. Rupture spontanée des membranes. Ballon de Champetier. Saisie et abaissement du pied droit. Pas de battements du cordon. Extraction rapide. Délivrance spontanée. Enfant de 2300 grammes en état de mort apparente ranimé, sort en bon état. Déchirure clitoridienne. Suites de couches normales.

OBSERVATION IX. — D. 1114. Multipare, 32 ans. Bassin normal. Sommet en G.T. Placenta prævia. Hémorrhagies. Accouchement précipité. Bruits du cœur bons. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier de 800 grammes. Evolution et extraction faciles. Délivrance artificielle. Enfant de 3850 grammes étonné, ranimé, sort en bon état. Bon état après délivrance. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION X. — D. 1169. Multipare, 32 ans. Bassin normal. Présentation transversale. Placenta prævia. Hémorrha-

gies. Rupture artificielle des membranes. Liquide teinté de méconium. Ballon de Champetier de 700 grammes. Décollement du placenta et expulsion dans le vagin. Introduction de la main gauche. Extraction du tronc. Quelques difficultés pour extraire la tête par contracture du col. Placenta expulsé avant le fœtus. Enfant 1850 grammes. Mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XI. — D. 1484. Multipare, 25 ans. Bassin normal. Sommet en gauche mobile. Placenta prævia. Légères hémorrhagies. Battements du cœur faibles, lents et irréguliers. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Abaissement du pied droit postérieur. Transformation en pied antérieur. Dégagement du siège. Abaissement facile du bras droit. Impossibilité d'atteindre le bras gauche. Transformation par rotation de ce bras en bras postérieur. Abaissement alors facile de ce bras. Extraction de la tête par expression frontale et manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 3480 grammes naît et sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XII. — E. 669. Secondipare, 28 ans. Bassin normal. Placenta prævia. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Difficultés pour accrocher un pied. Evolution du tronc assez facile. Manœuvre de Mauriceau difficile. Délivrance naturelle. Enfant de 2150 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en assez bon état. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XIII. — E. 1188. Multipare, 42 ans. Bassin normal. Sommet mobile en droite. Placenta prævia. Hémor-

rhagies abondantes. Rupture artificielle des membranes. Battements non perçus. Anémie de la malade. Introduction de la main droite à travers le placenta inséré sur le col. Saisie du pied postérieur. Dégagement facile du siège. Anse au cordon. Lacs sur le bras droit. Dégagement des épaules. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2200 gr., mort. Etat médiocre de la malade. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XIV. — E. 1348. Secondipare, 29 ans. Bassin normal. Sommet mobile en O.I.G. Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies. Dilatation manuelle. Rupture artificielle des membranes. Sérum. Extraction et évolution faciles de l'enfant. Délivrance artificielle. Enfant de 1550 grammes, avec battements, mais ne peut être ranimé. Etat après délivrance : anémie. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV. — F. 813. Multipare. Bassin normal. Sommet en O.I.D.P. Placenta prævia. Hémorrhagies légères. Grossesse gémellaire. Accouchement prématuré à 7 mois. Dilatation bimanuelle. Décollement du placenta. Rupture des membranes. Evolution et extraction facile des deux enfants. Délivrance artificielle, premier enfant, 1525 grammes, naît en mauvais état et meurt ; deuxième enfant 2030 grammes, état médiocre, sort en mauvais état. Assez bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI. — F. 1374. Multipare, 39 ans. Six grossesses, quatre enfants morts. Bassin normal. Sommet. Hémorrhagies abondantes. Décollement prématuré du placenta. Mauvais état général de la malade. Introduction de la main.

Rupture de la poche des eaux. Placenta inséré sur la partie inférieure de la face postérieure. Écoulement abondant de liquide sanguinolent. Dilatation manuelle. Saisie et abaissement d'un pied. Tractions lentes faites en bas et en avant. Dégagement des bras facile. Manœuvre de Mauriceau. Pertes de sang abondantes. Délivrance artificielle. Enfant de 2.550 grammes, mort. Hémorrhagie par inertie utérine. Mort.

F. 1487 (Voir épaule).

OBSERVATION XVII. — F. 1523. Deux grossesses normales. Bassin normal. Sommet mobile. Placenta prævia. Hémorrhagies. Rupture artificielle des membranes. Hémorrhagies. Bruits du cœur bons. Dilatation bimanuelle. Décollement du placenta. • Refoulement de la tête. Déchirure des membranes au-dessus de la surface de décollement. Version podalique facile. Délivrance artificielle. Enfant de 2.500 grammes en état de mort apparente, ranimé. Mort quelques heures après. Etat très affaibli de la malade après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION XVIII. — G. 152. Primipare. 32 ans. Épaule très mobile ne s'engageant pas. Placenta prævia. Hémorrhagies. Rupture artificielle des membranes. Abaissement d'un pied, puis du deuxième. Rétraction de l'anneau de Bandl rendant un peu difficile l'abaissement des bras. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 1200 grammes. Mort. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIX. — G. 445, Multiparé, 34 ans. Six grossesses à terme, enfants vivants ; une hémorrhagie de la délivrance. Bassin normal. Sommet non engagé. Placenta prævia

Très anémiée. Ballon de Champetier. Version et extraction faciles. Délivrance artificielle. Enfant de 2.000 grammes, mort et macéré. Etat d'anémie très grand de la mère après délivrance. Suites de couches pathologiques.

G. 763 (Bassin rétréci).

Version dans la grossesse gémellaire.

OBSERVATION I. — B. 1359. Primipare, 18 ans. Bassin normal. 1^{er} enfant sommet en O.I.G.T. 2^e enfant sommet en O.I.D.T. Ralentissement des bruits du cœur. Inertie utérine pour les deux accouchements. Bon état général de la mère. Forceps pour le 1^{er} jumeau qui naît étonné et meurt le 6^e jour, pesait 1730 grammes. Version pour le 2^e enfant. Evolution facile. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Enfant de 2750 gr. naît et sort en bon état. Etat faible de la mère après délivrance 1000 grammes de sérum. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION II. — E. 50. Primipare, 36 ans. Bassin normal. 1^{er} enfant sommet O.I.G.A. extrait par forceps, poids 2050 grammes, meurt le lendemain. 2^e enfant sommet. Battements faibles. Rupture artificielle des membranes. Version. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit postérieur. Evolution difficile par contraction de l'anneau de Bandl. Chloroforme. Laessur le pied antérieur. Rotation de gauche à droite. Tractions sur le pied gauche et dégagement. Manœu-

vre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 2060 grammes, ranimé, sort en bon état. Déchirure du périnée. Suites de couches pathologiques. Mort.

OBSERVATIONS. — A. 407. A. 692. B. 318. B. 911. B. 1122. C. 1009. E. 156. E. 185. E. 961. E. 1269. F. 142. F. 813. F. 1233. F. 1502. G. 394. G. 1117, ont été publiées précédemment.

OBSERVATION III. — G. 594. Multipare, 29 ans. Trois grossesses. Bassin normal. Présentation du sommet, accouchement trigémellaire. Version par manœuvres internes. Délivrance artificielle. Enfant de 2.260 grammes. Mort. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

Version dans l'accouchement provoqué.

OBSERVATION I. — B. 1099; Primipare, 22 ans. Sommet mobile en O.I.G. Utérus contracté. Grossesse de 8 mois environ. Bruits du cœur bons. Eclampsie avant son entrée. Coma. Ballon de Champetier. Dilatation manuelle. Introduction de la main gauche. Saisie au pied gauche. Evolution, extraction faciles. Délivrance spontanée. Enfant de 1600 grammes. Mort. Commencement de macération. Rupture du maxillaire de la lèvre inférieure. Mort de la mère.

OBSERVATION II. — G. 1335. Multipare, 35 ans. Bassin normal. Procubitus du cordon. Sommet en O.I.D.P. Accouche-

ment à 8 mois. Bruits du cœur sourds. Hydramnios. Introduction de la main droite. Rupture des membranes difficile. La main pénétrant dans l'utérus refoule la tête dans la fosse-iliaque, un membre supérieur tombe dans la main. Saisie du pied droit. Evolution facile du fœtus. Dégagement du siège après refoulement de deux circulaires autour du tronc. Dégagement facile des membres supérieurs de la tête. Délivrance artificielle. Enfant de 1540 grammes, ranimé. Sort débile. Bon état de la mère après délivrance. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — C. 500. D. 71. D. 442. D. 707. D. 1191. E. 932. F. 1071. G. 1055 ont été publiées précédemment.

Version dans le cas d'hydramnios.

OBSERVATION I. — B. 539. Multipare, 26 ans. Bassin normal. Sommet mobile en O.I.G. Hydramnios. Procidence du cordon et d'une main. La tête ayant tendance à fuir dans la fosse iliaque est ramenée et fixée au détroit supérieur. Rupture des membranes. Rétropulsion du cordon. Saisie du pied gauche. Evolution facile par tractions sur le pied et manœuvres externes sur l'abdomen. Extraction facile. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 4030 grammes, naît et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION II. — D. 785. Primipare 28 ans. Bassin normal. Sommet O.I.G.A. Hydramnios. Rupture artificielle des

membranes, essai d'application de forceps. Procidence du cordon. Bruits du cœur irréguliers. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit. Evolution et extraction faciles de l'enfant. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3.900 grammes, naît et sort en bon état. Déchirure complète du périnée. Suites de couches normales.

Les observations A. 545. A. 813. D. 3. D. 71. E. 1529. F. 392. G. 1335. G. 1375, ont été publiées précédemment.

Version avec procidence du cordon.

OBSERVATION I. — C. 620. Secondipare, 32 ans. Sommet en O.I.D. Procidence du cordon avec battements. Col dilatable de 2 fr. Ecoulement de méconium. Pas de battements au moment de l'intervention. Réduction de la procidence. Ballon, main droite introduite. Tractions faciles sur le pied antérieur. Evolution facile. Manœuvre de Champetier. Extraction facile de la tête. Délivrance naturelle. Enfant de 3680 grammes en état de mort apparente, ranimé, sort en bon état. Déchirure sur la paroi droite latérale du col sur une longueur de 5 cm. Suites de couches normales.

OBSERVATION II. — G. 1282. Multipare, 38 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.G.A. Procidence du cordon; peu de battements. Ecoulements de méconium. Introduction de la main gauche qui refoule la tête dans le diamètre oblique droit. Saisie du pied gauche postérieur transformé en antérieur. Evolution et extraction. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle.

Enfant de 4900 grammes. mort. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION III. — D. 1312. Multipare, 28 ans. Bassin normal. Sommet en D.T. Procidence du cordon. Membranes rompues, accouchement rapide. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Saisie du pied postérieur transformé en antérieur. Tractions en bas et en arrière. Anse au cordon. Dégagement des épaules. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2900 gr., naît et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION IV. — D. 1364. Multipare, 40 ans. Bassin normal. Sommet mobile. Procidence du cordon. Ralentissement des bruits du cœur. Redoublement du deuxième temps. Ballon de Champetier. Rupture artificielle des membranes. Ecoulement d'un liquide verdâtre. Cordon roulant dans les membranes. Abaissement du pied gauche postérieur. Impossibilité d'atteindre le deuxième pied. Application du cranioclaste sur le siège. Impossibilité d'avoir les épaules. Extraction de l'épaule gauche avec le crochet de Braun. Extraction facile de la tête. Délivrance artificielle. Enfant de 4350 grammes. Mort. Déchirure du périnée. Suites de couches normales.

OBSERVATION V. — D. 615. Multipare, 39 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.D. Latérocidence du cordon. Ralentissement des bruits du cœur. Rupture artificielle des membranes. Sommet fixé en D.P. Ballon de Champetier. Evolution et extractions faciles du fœtus. Délivrance artificielle. Enfant de 2700 grammes en état de mort apparente, ranimé et sort en bon état. Déchirure du col Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION VI. — F. 339. Multipare, 37 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.G.A. Procidence du cordon. Battements lents. Rupture artificielle des membranes. Refoulement de la tête en haut. Saisie du pied postérieur. Evolution difficile du fœtus par rétraction de l'anneau de Bandl. Extraction facile du tronc. Difficultés d'abaissement des bras. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 3300 grammes en état de mort apparente, ranimé et sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VII. — F. 982. Multipare, 38 ans. Bassin normal. Sommet en D.A. mobile. Partie des eaux volumineuses. Procidence du cordon. Pas d'engagement de la tête. Version très facile. Délivrance naturelle. Enfant de 4250 grammes en état de mort apparente. Sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII. — F. 1259. Multipare, 27 ans. Bassin normal. Sommet mobile en G. Procidence du cordon. Introduction de la main droite, recherche et abaissement d'un pied. Lacs. Tractions et dégagement du siège et du tronc. Dégagement du bras postérieur, puis de l'antérieur. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 2850 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en bon état. Bon état de la mère. Suites de couches normales.

OBSERVATION IX. — G. 1140. Multipare, 39 ans. Bassin normal. Sommet O.I.D.A. Procidence du cordon dans le vagin. Excès de liquide. Liquide amniotique teinté. A la dilatation complète tête très haut, Pas de battements du cordon. Introduc-

tion de la main gauche. Saisie du pied droit antérieur. Tractions. Dégagement du siège. Tractions sur le membre inférieur, le doigt en crochet dans le pli de l'aîne gauche. Dégagement de l'épaule postérieure et transformation de l'épaule antérieure en épaule postérieure. Extraction du bras et dégagement de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle. Enfant de 4150 grammes en état de mort apparente, ranimé et sort en bon état. Légère déchirure périnéale. Suites de couches normales.

OBSERVATION X. — E. 181. Secondipare, 25 ans. Bassin normal. Sommet en O.I.G.A. Procidence du cordon. Rigidité du col. Ecoulement de méconium. Tentative d'application de forceps. Saisie du pied droit. Extraction facile du siège. Abaissement facile du bras gauche en arrière. Abaissement de bras droit. Extraction facile de la tête. Délivrance naturelle. Enfant de 3080 naît et sort en bon état. Déchirure du cul-de-sac vaginal à gauche. Suites de couches normales.

Les observations. A. 380. A. 424. A. 670. A. 813. B. 539. B. 573. B. 694. B. 1360. C. 73. C. 452. C. 1051. D. 3. D. 113. D. 442. D. 805. D. 1004. F. 1134. G. 37. G. 394. G. 617. G. 666, ont été citées précédemment.

OBSERVATION I. — B. 590. Primipare, 24 ans, Sommet en G.P. Tentative infructueuse de forceps. Lenteur du travail. Bruits du cœur ralis. Version. Tête repoussée au-dessus de l'anneau de Bandl. Evolution et extraction faciles. Craquement au moment de l'engagement du siège. Délivrance naturelle. Enfant de 3540 gr., né en état de mort apparente, ranimé après 3/4 d'heures. Mort 3 heures après. Déchirure de

la paroi antérieure du vagin. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION II. — D. 883. Multipare, 42 ans. Bassin normal. Sommet en G.T., mal fléchi. Tentative d'application de forceps. Ralentissement des bruits du cœur. Procidence d'une main entre le pariétal antérieur et la symphyse. Rotation impossible. Saisie du pied postérieur, puis du pied antérieur. Evolution difficile. Dégagement successif du tronc et des épaules. Manœuvre de Mauriceau et expression frontale. Difficultés causées par la déflexion de la tête. Délivrance artificielle. Enfant de 3930 gr. en état de mort apparente, ranimé. Déchirure clitoridienne. Suites de couches normales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANQUETIL. — Thèse Paris, 1842.
- P. BAR. — Leçons de pathologie obstétricale.
- Bulletin de la Société d'obstétrique, 6^e année, 1867.
- BAUDELLOCQUE. — Traité d'accouchement. T. II. Paris 1867.
- BOUCHACOURT. — Dictionnaire Dechambre. T. 31, p. 343.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.
- CHAMPETIER DE RIBES. — Thèse, 1878.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchements. T. II, 1890.
- CHERON. — Thèse Paris, 1898-99.
- DEPAUL. — Dictionnaire Dechambre.
- DEGOUL. — Thèse Paris, 1885-1886.
- DEMELIN. — Thèse Paris, 1888.
- DE SIEBOLD. — Histoire de l'obstétricie, traduite par Hergott.
- DUBRISAY. — Thèse Paris, 1893-94.
- DUCONNAU. — Thèse Paris, 1876.
- GUMEZ. — Thèse Paris, 1879.
- HERGOTT. — Annales de Gynécologie, avril 1882, t. XVII.
- LARDEMER. — Thèse, 1886.
- LAS KINE. — Thèse, 1889-90, Paris.
- MAYGRIER. — Thèse, 1880.
- Dictionnaire de Dechambre.

MAILLARD. — Thèse Paris, 1868.

PLAYFAIR. — Traité d'accouchements, traduit par Chantreuil.

PINARD. — Des contre-indications de la version.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.

SIMPSON. — Clinique obstétricale, traduite par Chantreuil.

TARNIER, CHANTREUIL ET BUDIN — Traité de l'art des accouchements.

VASSOR (P). — Thèse Paris, 1901-1902.